Aboriginal*Diabetes*Initiative

Evaluation Framework

February 2002

Health Canada Santé Canada

Canada

103-01401/

Aboriginal Diabetes Initiative

Evaluation Framework

February 2002

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

This Evaluation Framework was drafted by the Accountability and Evaluation Working Group of the Aboriginal Diabetes Initiative. The group consisted of:

Dr. Gillian Bailey, First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB), Health Canada
Michelle Callaway, FNIHB, Health Canada
Kidane Gebremariam, FNIHB, Health Canada
Barbara LeBrun, Population and Public Health Branch, Health Canada
Joanne Lucarz-Simpson, FNIHB, Health Canada
Alastair MacPhee, Congress of Aboriginal Peoples
Onalee Randell, Inuit Tapiriiksat Kanatami (ITK)
Satish Seetharam, FNIHB, Health Canada
Anita Stevens, Assembly of First Nations
Susan Taylor-Clapp, FNIHB, Health Canada
Maureen Thompson, FNIHB, Health Canada
Krista Van Aert, FNIHB, Health Canada
Francine Vincent, First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission
Joanette Wallace, FNIHB, Health Canada
Joan Wentworth, Battleford Tribal Council

For all enquires regarding this document, please contact

Satish Seetharam
Program Evaluation Manager
Community Health Programs Directorate
Jeanne Mance Bldg., Room 2007
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario, K1A 0L3
Phone (613) 952-4230
Fax (613) 954-8107
Email: satish_seetharam@hc-sc.gc.ca

Published by authority of the Minister of Health

This publication can be made available in/on computer diskette/large print/audio cassette/braille upon request.

© Minister of Public Works and Government Services, 2002
Cat. H35-4/20-2002
ISBN: 0-662-66385-3

Table of *Contents*

1.0 Purpose and Background Information 1

1.1 Purpose of the Aboriginal Diabetes Initiative Evaluation 1

1.2 Background and Description of the Aboriginal Diabetes Initiative 4

1.3 Program Objectives 8

1.4 Program Component Outcomes 9

1.5 ADI Funding Levels 10

1.6 Target Groups 10

1.7 Program Implementation and Delivery 11

1.8 Program Logic Model 14

2.0 Evaluation Strategy 17

2.1 Evaluation Challenges 17

2.2 Evaluation Tiers 20

2.3 Evaluation Questions and Indicators 21

2.4 Component-Level Evaluation Questions and Indicators 23

2.5 Methodology and Data Sources 26

3.0 The Evaluation 31

3.1 Evaluation Funding 31

3.2 Evaluation Responsibility 31

3.3 Changes to the ADI Evaluation Framework 32

1.0 Purpose and Background *Information*

1.1 Purpose of the Aboriginal Diabetes Initiative Evaluation

Overview of the Canadian Diabetes Strategy

Diabetes is a chronic disease where the body fails to produce insulin (type 1) or cannot properly use insulin (type 2), a hormone essential for normal body metabolism. Approximately 90 percent of all diabetes cases among Canadians are type 2, which usually occurs after age 40. Seniors, Aboriginal people, baby boomers and other high-risk groups (those at greatest risk of weight gain, those with a sedentary lifestyle) are therefore key targets for the Canadian Diabetes Strategy (CDS). State of the art knowledge indicates that programs which address key modifiable risk factors of obesity and inactivity should help prevent/delay the onset of type 2 and its complications.

Yearly, it is estimated that diabetes costs Canadians $9 billion, is directly responsible for 5,500 deaths and contributes to 25,000 potential person years of life lost. Incidence increases by 60,000 new cases every year. It is estimated that over two million Canadians have diabetes, and an estimated one-third of the cases are undiagnosed.

Diabetes is three to five times more prevalent in Aboriginal populations than in the general population. Among the Inuit, the rates of diabetes are lower than in the general population. Type 2 diabetes accounts for almost all cases of diabetes amongst Aboriginal people, and generally occurs at a much younger age: it has appeared in Aboriginal children as young as five. Long duration of high blood sugar levels is correlated with complications, hence there is great concern that this early onset of diabetes will lead to early onset of complications.

The 1999 federal budget committed the federal government to the development of the Canadian Diabetes Strategy – a strategy of $115 million over five years, which includes a major Aboriginal

component. (The CDS was formerly known as the Canadian Diabetes Prevention and Control Strategy, initially set at $55 million over three years). This commitment evolved from the 1997 Speech from the Throne that committed to addressing the rapid increase in diabetes in Aboriginal communities, the 1998 announcement of *Gathering Strength – Canada's Aboriginal Action Plan*, and increasing pressure for a Canada-wide diabetes strategy from national groups.

The Government of Canada is engaging all stakeholders in activities to address diabetes and its complications. In consultations with provincial and territorial governments, Aboriginal organizations, and national diabetes and nonprofit groups, consensus was reached on four strategic components and priority areas for action: Prevention and Promotion; Aboriginal Diabetes Initiative; National Diabetes Surveillance System; and National Coordination. These four elements recognize that:

- type 2 diabetes is thought to be mainly preventable;
- Aboriginal populations are particularly at risk;
- a greater knowledge base is required to promote informed decision-making; and
- pooling efforts, reaching consensus, complementing and building on existing resources will engender the greatest benefits.

Liaison will continue throughout the duration of the Strategy. Advisory Committees will actively engage all stakeholders, where appropriate, to maximize the investment of the federal government in diabetes and also to look toward the future.

The overall objective of the CDS is to set the stage for sign ficantly reducing the incidence and prevalence of diabetes and diabetes-related complications in Canada. The CDS will address the needs of

Canadians by focusing on assisting those populations which, according to state-of-the-art knowledge, are most at risk for developing diabetes and its complications: Aboriginal people, seniors, people who are overweight, people with sedentary lifestyles and Canadians already living with the disease.

The CDS is premised on the recognition that all levels of government, as well as non-governmental organizations (NGOs), Aboriginal organizations, communities and individuals have important roles to play, and contributions to make in addressing diabetes in Canada. The CDS therefore seeks to develop and facilitate partnerships with all key stakeholders. The CDS design involves branches of Health Canada working together to set the stage for achievement of positive health outcomes that will contribute to the overall mandate and mission of Health Canada: To maintain and improve the health of Canadians. Consultations and ongoing dialogue with the provinces and the territories have singled out health promotion and type 2 diabetes prevention as the actions likely to reap the greatest benefits in addressing diabetes, especially for those at risk of developing type 2 diabetes.

Evaluation of the Aboriginal Diabetes Initiative

The Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) requires an ongoing monitoring and evaluation strategy to assist with the management of activities and provide ongoing information on the progress toward national goals. It will also provide information on intermediate impacts and outcomes resulting from implementation of the program.

The Evaluation Framework is designed and developed for the formal evaluation of the Aboriginal Diabetes Initiative. This framework is designed to identify the specific components of the ADI as approved by Treasury Board. For each component, the long-term objectives and key indicators are presented. A Logic Model provides the major elements of the evaluation framework including what is to be evaluated and the expected activities and outputs.

The evaluation methodology described in this report identifies existing information sources, new (proposed) information collection mechanisms (consultations/key informant interviews, surveys, special studies, etc.) and the independent evaluations of the three ADI components, in order to evaluate the effectiveness of activities and projects in contributing to the common goals.

The Evaluation Framework states what is to be evaluated (the objectives and activities/outputs of the three program components), what sources of information will be used, and what impacts and effects the activities demonstrate. The evaluation framework begins with the Aboriginal Diabetes Initiative, followed by each of the three components of the ADI: 1) care and treatment; 2) prevention and promotion; and, 3) lifestyle support. This framework report is developed to complement and expand upon those developed for the overall Canadian Diabetes Strategy and First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) evaluation frameworks.

1.2 Background and Description of the Aboriginal Diabetes Initiative (ADI)

General Background Information

The ADI is a response to a critical need for action. It strives to create a holistic environment for good health, lifestyle changes, community linkages and partnerships. There is a strong need for collaboration and partnership on many levels, including care and treatment providers, community members, leaders, FNIHB regions, NGOs and others, in order to develop adequate and effective Care and Treatment, Prevention and Promotion, and Lifestyle Support programs and services, which are culturally appropriate and also community-based and delivered.

Under the umbrella of the CDS, and in keeping with Health Canada's unique responsibilities, the goal of the ADI is to begin to increase awareness of type 2 diabetes and reduce the incidence of its

complications in Aboriginal people by implementing culturally sensitive, holistic, and accessible programs. The ADI will do this by providing access to direct care and treatment and lifestyle support programs and services for First Nations living on reserves and Inuit living in Inuit communities. It will also provide an overall culturally appropriate approach to prevention and health promotion programs for all Aboriginal peoples, including Métis, urban Inuit and off-reserve populations.

The ADI is one of four components of the CDS, the Government of Canada's response to Diabetes, which involves many stakeholders and partners. It also has a strong link with the First Nations and Inuit Home and Community Care (FNIHCC) Program. The ADI is a 5 year program, at the end of which Health Canada must report to Treasury Board. An on-going and outcome based evaluation is necessary for the ADI, in accordance with the Treasury Board submission.

Program Description

The ADI will begin to address the epidemic of diabetes among Aboriginal people by focusing its efforts in three main areas:

- Care and Treatment;
- Prevention and Promotion; and,
- Lifestyle Support.

The ADI is comprised of two programs:

1) **First Nations On-Reserve and Inuit in Inuit Communities** Program (FNOIIC); and,

2) **Métis, Off-Reserve Aboriginal and Urban Inuit Prevention and Promotion** Program (MOAUIPP).

Details of these programs are presented in the two logic models on pages 14 and 15.

The ADI for First Nations On-Reserve and Inuit in Inuit Communities makes up 75% of the program, and it focuses on all three major program components (care and treatment, prevention and promotion, and lifestyle support). These three major components will be delivered:

- through the FNIHB regional processes;
- through the funding formula;
- according to a general set of guidelines; and,
- in partnership with communities.

The Métis, Off-Reserve Aboriginal and Urban Inuit Prevention and Promotion Program (MOAUIPP) focuses on primary prevention and health promotion. It will:

- be delivered through a headquarters request for proposal process;
- be based on a funding formula;
- follow program guidelines; and
- encourage partnerships, wherever possible.

Program Components

1. ***Care and Treatment*** – In keeping with Health Canada's unique responsibility to ensure access to direct care and treatment services to First Nations on-reserve and Inuit living in Inuit communities, the care and treatment element will be specific to these groups. (Provinces and territories will continue to provide care and treatment services to Métis, off-reserve Aboriginal and urban Inuit, as is their jurisdiction.)

Care and Treatment will comprise one part of the ADI, and will be delivered through contribution agreements, administered through FNIHB regions. Programs (such as screening programs, foot and eye clinics, regular examinations, tests and treatment programs) will serve to meet the care and treatment needs of First Nations and Inuit already diagnosed with diabetes, and to prevent further complications from developing. Programs will be developed and delivered in a culturally sensitive and holistic manner by the communities themselves. Activities will be community-based, to ensure that First Nations

and Inuit are able to build the necessary capacity to manage sustainable and culturally appropriate diabetes programs.

2. ***Prevention and Promotion*** – Prevention and promotion programs will target all Aboriginal people: Métis, on- and off-reserve First Nations and Inuit. Programs will be culturally appropriate, and will be administered through contribution agreements and other arrangements. Consultations have indicated that primary prevention is a major concern of the Inuit who do not want to see the extremely high rates of diabetes experienced by First Nations replicated in their communities. First Nations have also indicated the importance of ensuring that youth and those most at risk are educated on diabetes risk factors.

National organizations such as the Assembly of First Nations (AFN), the Inuit Tapiriiksat Kanatami (ITK), the Native Women's Association of Canada (NWAC), the Métis National Council (MNC), the Congress of Aboriginal Peoples (CAP), and the National Aboriginal Diabetes Association (NADA) are participating in implementation planning and providing input into program delivery to their constituencies. Prevention and promotion activities will include best practice sites, train the trainer programs, awareness programs, school-based programs (on-reserve and in Inuit communities) and an Aboriginal resource centre/clearinghouse.

3. ***Lifestyle Support*** – Lifestyle support services will be provided to First Nations and Inuit communities to help those living with diabetes and their families to cope with its devastating effects. Lifestyle support services for those living with diabetes are an important element of the actions required to address diabetes at the community level.

Community support groups and systems which help enhance quality of life will be established and programs that help support self-management by promoting positive lifestyle choices will be provided and funded. Programs will be implemented at a community level, and will involve people living with diabetes,

their families, community leaders and community centres. Links to NGOs such as the Canadian National Institute for the Blind (CNIB), NADA and the Canadian Diabetes Association (CDA) will be encouraged.

1.3 Program Objectives

Working in partnership with Aboriginal committees, Health Canada's investments are intended to achieve the following objectives for the two ADI programs:

First Nations On-Reserve and Inuit in Inuit Communities

- Raise awareness of diabetes, its risk factors, and the value of healthy lifestyle practices.
- Support the development of a culturally appropriate approach to care and treatment, diabetes prevention and health promotion programs, and lifestyle support programs.
- Build capacity, linkages and infrastructure for all components of the ADI in First Nation and Inuit communities.
- Promote effective self-management of diabetes.
- Coordinate with other community-based programming, specifically the First Nations and Inuit Home and Community Care program.

Métis, Off-Reserve Aboriginal and Urban Inuit: Prevention and Promotion

- Raise awareness of diabetes, its risk factors, and the value of healthy lifestyle practices.
- Promote Aboriginal/Inuit ownership of diabetes primary prevention and health promotion programs.

- Ensure the fair and equitable allocation of available resources among Métis, off-reserve Aboriginal people and urban Inuit.
- Ensure that programming is delivered as equitably as possible across the country.
- Promote innovative approaches to diabetes primary prevention and health promotion projects.

1.4 Program Component Outcomes

The most important program outcomes associated with the three program components are presented in the following table.

ADI Program Components	Outcomes
Care and Treatment	Improved access to care and treatment for First Nations and Inuit with diabetes Stronger partnerships with First Nations and Inuit diabetes care providers Increased capacity of First Nations and Inuit communities to manage effective diabetes programs Improved clinical outcomes including decreased rates and severity of complications and hospitalization
Prevention and Promotion	Overall improvement in diabetes awareness: risk factors, signs and symptoms, benefits of healthy lifestyle choices Implementation of effective diabetes prevention programs and projects Production and distribution of resource materials appropriate to First Nations, Métis and Inuit cultures and languages Improved early detection and reporting of diabetes
Lifestyle Support	Effective community-level programs in place to provide support and services to people with diabetes, their families and care providers Strengthened community-based organizations to support diabetes programs and services Improvement in quality of life and self-sufficiency for First Nations and Inuit with diabetes

1.5 ADI Funding Levels

The following table presents the five-year total and annual funding levels for the Aboriginal Diabetes Initiative.

Year	Amount (in Millions)
1999-00	2
2000-01	11
2001-02	15
2002-03	15
2003-04	15
Total	**58**

1.6 Target Groups

The ADI aims to increase awareness of diabetes, and reduce the incidence and prevalence of diabetes related complications among Aboriginal people including the following groups:

- First Nations and Inuit of any age:
- Those who live on a First Nations reserve, or in an Inuit community, or in a First Nations community in the Yukon, Northwest Territories or Nunavut;
- Métis living in Métis communities, rural or urban centres;
- First Nations people living off-reserve in either rural or urban centres;
- Inuit living outside Inuit communities or in urban areas; and,
- Non-Status Indians.

1.7 Program Implementation and Delivery

The ADI is a five-year process. A National ADI Steering Committee was formed to guide the implementation and delivery of the ADI, and includes representatives from the major Aboriginal representative organizations, Health Canada, and the National Aboriginal Diabetes Association.

- **In year one of the ADI (1999/2000)**, the Aboriginal Diabetes Initiative Steering Committee held implementation planning meetings with representatives from Aboriginal organizations, communities, regional and headquarters staff early in the winter of 1999/2000. These national and regional meetings confirmed the program needs and priorities, identified opportunities, and led to a full implementation framework. Additionally, funding was provided to existing pilot projects that are already established (that is, projects previously funded by National Health and Research Development Program (NHRDP), and given bridge funding by Medical Services Branch (MSB), Health Canada in 1998 to prevent the loss of capacity and momentum), to the National Aboriginal Diabetes Association, and to regionally-based implementation planning.

- **Year two of the ADI (2000/2001)** focused on implementing the full range of care and treatment, prevention and promotion and lifestyle support programs on-reserve and in Inuit communities across the country through the FNOIIC process; and creating a Request for Proposal process which resulted in the implementation of 16 primary prevention and health promotion programs under the MOAUIPP program.

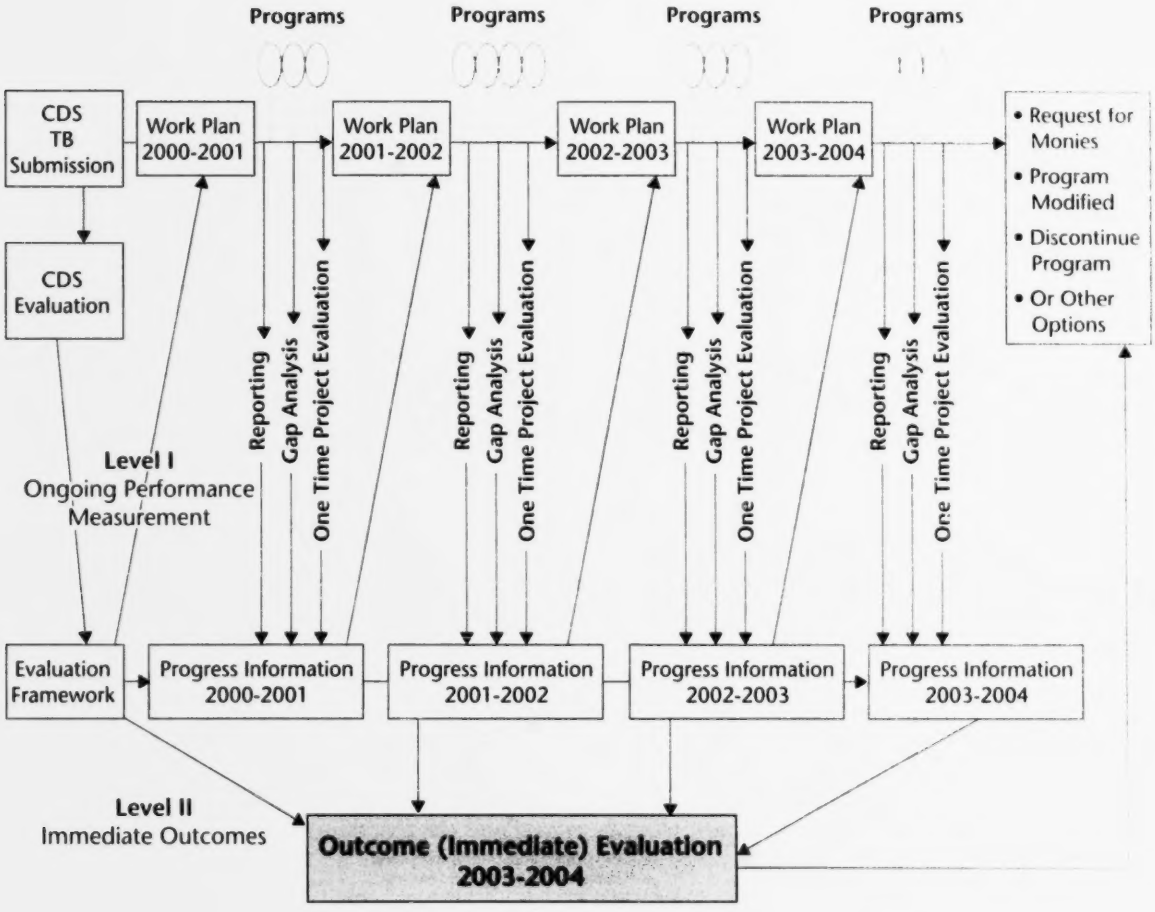
- **In years three and four (2001/2002 and 2002/2003)**, many programs created in year two will be continued, complete with accountability and reporting frameworks. Additional programming will be added as the funding level increases to its maximum.

In year five (2003/2004), programs with accountability and reporting frameworks will be continued. Analysis of the gaps in programming, and ongoing program needs will be undertaken and an evaluation of outcomes (immediate outcomes) will also be conducted.

There will be two levels of ADI evaluations. Level I focuses on ongoing performance measurement. It will include monitoring, gap analysis and project evaluation for projects conducted in years three through five (2001/2002 through 2003/2004). Level II will be a final summative evaluation focusing on final program outcomes and impacts and the effectiveness of the ADI in reaching program goals and objectives. The results of the summative evaluation will be reported to the Minister of Health.

There is a need to build linkages with the Provinces, Territories, Regions, Communities, and other stakeholders. The ADI also has a linkage with the FNIHCC program, since much of the direct diabetes care and treatment services to those First Nations and Inuit living with diabetes will be delivered by FNIHCC workers in the community. There are also linkages with other programs such as Aboriginal Head Start (AHS), the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP), and the First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS).

ADI Evaluation Process



1.8 Program Logic Model

Aboriginal Diabetes Initiative

First Nations On-Reserve & Inuit in Inuit Communities

1999-2004 Components	Care and Treatment	Prevention and Promotion	Lifestyle Support
Activities	Establish linkages (external and existing programs) Develop culturally-sensitive, community-based programs and services for screening and treatment Provide care and treatment programs Develop access to care and treatment services Hire diabetes co-ordinators Support Diabetes Advisory Committees Support training to health care workers	Establish linkages (external and existing programs) Raise awareness of diabetes, its risk factors, and the value of healthy lifestyle practices Provide culturally-appropriate programs Promote access to culturally-appropriate programs Promote First Nations and Inuit ownership of prevention programs Promote effective management of diabetes	Establish linkages (external and existing programs) Establish community support groups and services to enhance quality of life for people with diabetes and their families and care providers Develop programs and services to increase self-sufficiency and promote positive lifestyle choices Activities such as peer support groups, sharing circles, drop-in programs and recreational programs for youth at risk
Outputs	Care and treatment programs Screening programs Education programs (e.g., self-management) Mechanisms to improve access to programs Formal linkages and partnerships with First Nations and Inuit program providers (e.g. Home and Community Care)	Programs to raise awareness of diabetes problems and prevention Education programs for youth and higher-risk groups Healthy lifestyle and active living promotion programs Community projects that strengthen local capacity Diabetes resources: e.g. NADA newsletter	Community projects and services for people with diabetes and their families and care providers Support programs to increase self-sufficiency Support programs that promote healthy lifestyles
Immediate Outcomes	Increased community and organizational capacity to deliver diabetes programs and services for screening, care and treatment, and training Improved coordination of actions on diabetes Improved access to direct care and treatment programs on reserves and in Inuit communities	Initial community mobilization on diabetes Improved coordination of actions on diabetes Increased capacity of First Nations and Inuit organizations and communities to address diabetes issues Resource materials appropriate to Aboriginal and Inuit cultures and languages	Increased community services for people with diabetes, families and care providers Increase in community-based organizations that support diabetes programs and services
2004-2009 Intermediate Outcomes	Improved capacity to manage sustainable programs Increased proportion of on-reserve and Inuit community populations served by care and treatment programs Increase in the number of diabetes health care providers/workers Improved care and treatment services	Higher levels of awareness of the health problems and complications associated with diabetes – warning signs and risk factors Higher levels of awareness of prevention and benefits of healthy lifestyle choices Increased reporting of diabetes cases	Improvements in access to support for people with diabetes Improvements in community-level support provided to people with diabetes, their families and care providers
2009 & after Long-term Outcomes	Improved care and treatment services Improvements in clinical outcomes; reduced mortality and complications Improved screening and early detection of diabetes Clinical practice guidelines that reflect circumstances of First Nations on-reserve and Inuit communities Decreased rates and severity of complications and hospitalizations	Improved access to resource materials appropriate to First Nations and Inuit cultures and languages Increased awareness Reduced incidence of diabetes	Improvements in quality of life and self-sufficiency for First Nations and Inuit with diabetes Ongoing lifestyle support services to First Nations and Inuit

Aboriginal Diabetes Initiative

Métis, Off-Reserve Aboriginal & Urban Inuit Prevention & Promotion (MOAUIPP)

1999-2004

Components

Prevention and Promotion

Activities

Establish linkages (external and existing programs)

Raise awareness of diabetes, its risk factors, and the value of healthy lifestyle practices

Provide culturally-appropriate programs

Promote access to culturally-appropriate programs

Promote Métis, off-reserve Aboriginal and Inuit ownership of prevention programs

Outputs

Diabetes awareness and prevention programs

Education programs for youth and higher-risk groups

Healthy lifestyle and active living promotion programs

Community projects that strengthen local capacity

Diabetes resources: e.g. NADA newsletter

Immediate Outcomes

Community involvement in prevention and promotion programs

Improved coordination of actions on diabetes

Increased capacity of Métis, off-reserve Aboriginal and Inuit organizations and communities to address diabetes issues

Access to diabetes prevention and promotion programs

2004-2009

Intermediate Outcomes

Higher levels of awareness of the health problems and complications associated with diabetes, warning signs, and risk factors

Resource materials appropriate to Métis, off-reserve Aboriginal and Inuit cultures and languages

Higher levels of awareness of prevention and benefits of healthy lifestyle choices

Increased reporting of diabetes cases

2009 and after

Long-term Outcomes

Improved access to resource materials appropriate to Metis, off-reserve Aboriginal and Inuit cultures and languages

Increased awareness

Reduced incidence of diabetes

2.0 Evaluation *Strategy*

Program evaluation is a tool for good management practices that is used on an ongoing basis. In most cases, program evaluation is done at the end of a program's life cycle or according to a predetermined time frame. However, evaluation concepts should be incorporated on an ongoing basis at all stages of program delivery, especially at the front end, to articulate linkages between activities and outcomes. Though final evaluation of various components may be conducted, it is extremely important that timely, comprehensive, and strategic evaluation studies of projects and activities within each component are conducted on an ongoing basis to feed into the final evaluations of the components and the overall initiative.

As presented in Section 1, there will be two levels of evaluation. A process evaluation will focus on ongoing program monitoring (Level 1). It will include monitoring, gap analysis and project evaluation for the three years of full program implementation. Process evaluation is on-going, and complements and strengthens the summative (outcome) evaluation. An outcome/summative evaluation (Level 2) will focus on final program outcomes and impacts and the effectiveness of the ADI in reaching program goals and objectives.

Activities during the first year of bridge financing (1999-2000) will be covered during the first year of ongoing performance measurement (2000-2001).

2.1 Evaluation Challenges

The ADI Evaluation is an ongoing process covering a five-year time period and involving many stakeholders and Aboriginal organizations and communities from across the country. Following are some of the challenges to a successful ADI evaluation.

- *Multiple players* – Health Canada is only one of many players whose activities and policies influence the health of Canadians.

- *Limited mandate and resources* – Health Canada has a limited mandate and resources to act on a wide spectrum of activities related to diabetes prevention, management and control.

- *Long-term co-ordination of efforts* – Reaching these targets and objectives requires long-term, co-ordinated efforts from all players across all jurisdictions in Canada.

- *Limited time to measure ADI objectives* – The time period of ADI, from 1999-2000 to 2003-2004, will not be sufficient to demonstrate the overall objectives. The evaluation will need to address the progress made by ADI as well as shorter-term or immediate outcomes.

- *Provincial and territorial health reforms* – Provincial and territorial health reform initiatives will have an impact on the diabetes care and treatment of Aboriginal people.

- *Jurisdictional issues for program delivery* – The policies and programs of other federal departments, provincial and territorial governments, and Aboriginal structures will have a direct impact on the health status of Aboriginal people. This issue may be particularly important in Nunavut and the Northwest Territories where there is no program delivery directly to Inuit except through government.

- *Determinants of health* – There are a variety of factors, known as the determinants of health, which influence the health of Canadians.

- *Establishing causality* – In most instances, given the variety of factors and agents influencing change, it will be difficult to establish direct causal linkages between the ADI and changes in the health status of Aboriginal Canadians.

- *Multiple jurisdictions* – There are many jurisdictions involved in the delivery of health care including provinces, territories, Health Canada, Aboriginal structures and non-governmental agencies. Achieving key results will require long-term efforts from all partners across all jurisdictions (local, regional and national), going beyond a five-year period.

- *Linkages with other First Nations and Inuit Home and community programs* – ADI provides funding for specific types of projects. At any given point in time, many community programs are administered simultaneously: e.g. FNIHCC and AHS. In many cases, the programs are delivered collaboratively. Success or failure of the ADI could depend on how other programs are delivered in the community.

- *ADI and FNIHCC have different funding levels* – In some communities, ADI and FNIHCC resources are integrated to achieve better results. ADI provides funding for a defined period of time under its 5 year mandate while the FNIHCC program has ongoing funding. This difference could complicate the integration of activities and the development of delivery mechanisms.

- *Tracking when funding is distributed* – Many of the ADI projects will be sponsored and delivered at several levels including national, regional, Tribal Council and community levels. Tracking the timing of the funding distribution by organizations operating under different financial reporting practices will require reliable reporting mechanisms and ongoing monitoring.

- *Sharing information among program partners and stakeholders* – Sharing, retrieving and reporting on information from provinces, regions, communities and other stakeholders may be difficult. The large number of program participants will complicate communications. Managing the overlap and linkages of information from programs with different agendas and mandates, such as the FNIHCC program and The National Diabetes Surveillance System (NDSS), will present significant challenges. There may also be reluctance among delivery partners to establish new and additional communications protocols when existing ones are working properly.

2.2 Evaluation Tiers

The evaluation will be conducted at four tiers or levels of aggregation.

- Communities;
- Band Council/Tribal Council;
- FNIHB Regional; and,
- National.

Evaluation data can be summarized to support analysis for each of these four tiers. For a program of the size and complexity of the ADI, specific data sources will be more useful for different evaluation tiers. For example, the NDSS will provide very useful data at the national and regional levels but the NDSS data may not support analysis at the Band/Tribal Council and community levels of analysis. On the other hand, consultations, reviews or case studies conducted locally may provide valuable results for community level evaluation but be insufficient to support analysis at the regional or national levels.

The tables presented in Section 2.3 and 2.4 present a preliminary review of the correspondence between different evaluation questions and methods and the four evaluation tiers. These relationships will have to be revisited after the evaluation methodology has been designed and the evaluator has had a chance to assess the quality of the data collected through the different methods.

2.3 Evaluation Questions and Indicators

Consistent with the approach of evaluating the CDS presented in the Treasury Board submission (CDS Evaluation Framework), the progress toward meeting the goals of the ADI will be measured according to the following criteria:

- Relevance - whether program components are still needed;
- Progress/Success – the extent to which activities and outputs have led to the specific outcomes identified in the program plan;
- Implementation & Management – the extent to which implementation and management were appropriate and enabled the achievement of the identified outcomes; and,
- Cost-effectiveness – the costs associated with each outcome.

The general ADI evaluation questions that correspond to these four criteria, along with some key indicators, are presented in the following table. Preliminary lists of data sources and data collection methodologies as well as evaluation tiers are also presented. Similar tables for the three program components follow in Section 2.4.

Program-Level Evaluation Questions

Key Evaluation Questions	Indicators	Methodology/ Data Sources	Evaluation Tiers
1. Relevance To what extent has the ADI been relevant to increasing diabetes awareness, and reducing the incidence and prevalence of diabetes-related complications among First Nations, Metis and Inuit populations in Canada?	• Incidence and prevalence rates of diabetes and its complications • Morbidity and mortality rates among people living with diabetes	• NDSS • First Nations and Inuit Health Information System (FNIHIS) • First Nations, Métis and 'nuit community organizations and care providers	• National • Regional
2. Progress/Success To what extent have ADI activities contributed to outcomes? Improved access to care and treatment Increased awareness and prevention of diabetes Community programs to improve quality of life and self-sufficiency for people with diabetes	• Improved clinical outcomes • Higher rates of awareness of diabetes risk factors and prevention • Improvements in quality of life and self-sufficiency for First Nations and Inuit with diabetes	• NDSS/ FNIHIS • Aboriginal community organizations and care providers • Surveys of Aboriginal populations • Consultations with people living with diabetes	• National • Regional • Band Council/ Tribal Council • Community
3. Implementation and Management To what extent are the implementation and management of the ADI appropriate to achieve the program objectives?	• Program/project funding reflects the ADI objectives and priorities • Funding allocation according to program plan • Collaborative arrangements with Aboriginal care providers	• Program data review • Case study/review of selected projects • Consultations with program managers, project sponsors, and Aboriginal organizations	• National • Regional
4. Cost-effectiveness To what extent has the ADI used the most appropriate, efficient and cost-effective methods to achieve program objectives?	• Overall ADI cost-effectiveness • Cost-effectiveness of different program options and project types • Appropriateness of diabetes initiatives to Aboriginal peoples and communities	• Program administrative data review • Case study/review of selected projects • Cost-benefit analysis of ADI project types	• National • Regional

2.4 Component-Level Evaluation Questions and Indicators

Care and Treatment

Key Evaluation Questions	Indicators	Methodology/ Data Sources	Evaluation Unit
Has ADI improved access to care and treatment for First Nations and Inuit with diabetes?	Increased number of on-reserve and Inuit communities served by diabetes care and treatment programs Increased proportions of on-reserve and Inuit populations with access to care and treatment Improved screening and early detection of diabetes	NDSS/FNIHIS First Nations and Inuit community organizations and care providers	National Regional Band Council Tribal Council Community
Has ADI increased the capacity of First Nations and Inuit communities to manage effective and sustainable diabetes programs?	Stronger partnerships with First Nations and Inuit organizations providing care and treatment Greater participation of First Nations and Inuit organizations in care and treatment programs Improved capacity to manage diabetes programs	Consultations with Aboriginal organizations and care providers Consultations with program managers, health care providers Review of project files	National Regional Band Council Tribal Council Community
Did ADI promote effective management of diabetes?	Partnerships in delivery of programs Timely delivery of programs and services	Program data review Consultations with program managers, project sponsors, and Aboriginal organizations	National Regional Band Council Tribal Council Community
Has the ADI built capacity, linkages and infrastructure for all components of the ADI in First Nation and Inuit communities?	Increase in Aboriginal organizations capable of delivering diabetes programs and services Partnerships in program delivery	Program data review Consultations with program managers, project sponsors, and Aboriginal organizations Provincial and Territorial governments	National Regional Band Council Tribal Council Community
Has the ADI coordinated with other community-based programming, specifically the First Nations and Inuit Home and Community Care program?	Partnerships in delivery of programs	Program data review Consultations with ADI and other program managers, project sponsors, and Aboriginal organizations	National Regional

Prevention and Promotion

Key Evaluation Questions	Indicators	Methodology/ Data Sources	Evaluation Tiers
Has ADI led to an overall improvement in awareness of diabetes, its risk factors, and the value of healthy lifestyle practices?	• Increased awareness among community organizations • Increased awareness among First Nations, Métis and Inuit populations • Awareness among high-risk subgroups	• NDSS/FNIHIS • Consultations with First Nations, Métis and Inuit community organizations and care providers • Surveys of Aboriginal populations	• National • Regional • Community
Has ADI provided for implementation of effective diabetes prevention programs for all Aboriginal people?	• Implementation of diabetes awareness and prevention programs and projects • Increased awareness of diabetes, risk factors, and benefits of healthy lifestyle practices • Reduced incidence of diabetes	• NDSS/FNIHIS • Program data review • Consultations with Aboriginal community organizations and care providers • Consultations with program managers	• National • Regional • Band Council/ Tribal Council • Community
Has ADI supported the development of a culturally appropriate approach to prevention and health promotion programs?	• Support of First Nations, Métis and Inuit organizations • Development and use of resource materials appropriate to Aboriginal languages and cultures	• Review of program data • Case study/Review of selected projects • Consultations with project sponsors and Aboriginal organizations	• National • Regional • Band Council/ Tribal Council • Community
Has ADI promoted Aboriginal/Inuit ownership of diabetes primary prevention and health promotion programs?	• Partnerships in delivery of programs • First Nations, Métis and Inuit sponsorship of ADI projects	• Review of program data • Case study/Review of selected projects • Consultations with project sponsors and Aboriginal organizations	• National • Regional
Has the allocation of available ADI resources been fair and equitable among Metis, off-reserve Aboriginal people and urban Inuit?	• Percentage allocation of program funds among target groups	• Review of program data	• National • Regional
Has ADI promoted innovative approaches to diabetes primary prevention and health promotion projects?	• Peer ratings of ADI projects • Introduction of new programs for First Nations, Métis and Inuit people	• Review of program data • Case study/Review of selected projects • Consultations with program managers, project sponsors and Aboriginal organizations	• National • Regional • Band Council/ Tribal Council • Community

Lifestyle Support

Key Evaluation Questions	Indicators	Methodology/ Data Sources	Evaluation Level
Have effective and relevant diabetes support programs and services been put in place?	• Timely implementation of ADI-sponsored projects • Peer ratings of effectiveness and relevance of programs and services introduced	• Review of program data • Consultations with program managers, project sponsors, Aboriginal and Inuit organizations	National Regional Band Council/ Tribal Council Community
Is there an improvement in the quality of life for First Nations and Inuit with diabetes because of ADI?	• Increased access to support services for individuals with diabetes, their families and care providers • Support groups created in communities	• NDSS/FNIHIS • Consultations with Aboriginal and Inuit organizations • Survey and consultations with individuals with diabetes and care providers	National Regional Band Council/ Tribal Council Community
To what extent has ADI promoted self-sufficiency and management of diabetes for First Nations and Inuit?	• Increased awareness of diabetes management practices • Increased access to support services • Increased availability and access to equipment and supplies needed for self-management	• Review of program data • Consultations with Aboriginal and Inuit organizations • Survey and consultations with individuals with diabetes and care providers	National Regional

2.5 Methodology and Data Sources

Wherever possible, the methods and data sources used to evaluate the ADI will be similar to those used for the evaluation of the overall CDS. These include the NDSS, the primary data source for monitoring and evaluating the CDS. Other sources developed for the CDS that could be used for the ADI evaluation (perhaps in modified form) include the template for minimum data collection from funded community projects, and the MOAUIPP project database.

Following are some of the other data sources and methods that could be used for the ADI evaluation. This list is preliminary and presents possible sources only. A more precise specification of data sources and methods will be made during the evaluation design when more information about ADI projects and participants is available.

A. Data Collection Methodologies

Administrative program data review – The large array of data collecting during the process of administering the program will be an important source of information for the evaluation. Some of these data sources are as follows:

- ADI project data including applications, workplans, and progress reports (where required and/or available);
- activity reports;
- funding and financial reports;
- reports from related programs such as the NDSS and FNIHCC; and,
- annual reports from CDS.

Project document review – Every project will have some documentation in addition to the initial application. Such documentation could include communications materials (e.g. brochures, posters,

videos), training guides, planning documents, meeting agendas or notes, correspondence, and summaries or reports of various types. Asking sponsors to provide key documents produced during their project activities will assist Health Canada with ADI monitoring and evaluation. Sampling projects and requesting more detailed documentation about the activities and outcomes can also provide valuable information for a project review.

Key informant interviews – Consultations with stakeholders, program partners, project sponsors and other relevant individuals and organizations can be conducted through key informant interviews. Key informant interviews are usually conducted with a single individual and are confidential. They can also be conducted with small groups. Both in-person and telephone interviews can be used depending on the subject and length of time required for the interview and the preferences of the respondent. Practical considerations such as travel costs are also very important.

Expert Interviews – Consultations with several types of experts may be useful to program monitoring and evaluation. Medical personnel with expertise in diabetes, community care experts, social workers and counsellors, nutrition and recreation experts, and communications and marketing experts could make useful contributions to the evaluation. An understanding of and sensitivity to the First Nations, Métis and Inuit populations served by the ADI would be essential for experts consulted for the evaluation.

Surveys of populations served by ADI – Surveys of larger numbers of program clients (i.e. representative probability samples) can help to provide a broad overview of program outcomes and impacts. Such surveys typically collect relatively small amounts of quantitative information from large numbers of people. The advantage is that the information collected can be used to make statistical inferences (within identifiable error parameters) to the Aboriginal populations served by the program. Surveys of Aboriginal populations present

particular challenges in terms of interview methods, access to representative samples of study populations (sample bias), and logistics. Careful planning and the support of the groups being surveyed are essential to success.

Project reviews and evaluations – Some organizations sponsoring ADI projects may have their own processes for reviewing or evaluating activities. Methods could include case studies, self-evaluations, and community consultations. Such information could be incorporated into ADI monitoring and evaluation where organizations are willing to share their results.

Case studies/reviews of projects – Case studies or other types of more detailed reviews could be conducted for selected projects. Case studies, which typically involve between two and five days of a researcher's time, would involve in-depth examinations of all aspects of particular projects. Case studies would provide detailed evidence about the activities of a project and its outcomes and impacts. A good case study will also provide insights into the reasons for success or failure.

B. Methods of Analysis

Performance monitoring – Performance monitoring can be conducted for ADI projects for which progress data is available. Progress data collection should include measures that correspond to the indicators presented in this evaluation framework.

Cost-benefit analysis – At the project level, cost-benefit analysis would require detailed data that could be collected through a case study or project audit. Cost-benefit analysis can be conducted after sufficient time has passed to allow for meaningful measurement of outcomes and benefits. Cost-benefit analysis at higher levels of aggregation could be conducted once adequate project-level data is available.

Analysis of linkages – An analysis of linkages with other key programs could be conducted at an early stage in the process. Key stakeholders should be consulted for an early review of the extent to which ADI is being integrated successfully with other programs.

Gap analysis – A gap analysis can be conducted to make sure that workplans and activities conform to ADI objectives. Gap analysis involves the systematic comparison between planned activities and actual with the stated objectives of the ADI. These comparisons can be made at each level of analysis. Gap analysis can be used to make sure that the program is on track and to identify any required mid-program changes.

3.0 The *Evaluation*

This section covers the costing for the ADI evaluation, identifies responsibilities, and provides an opportunity for changes to this Evaluation Framework.

3.1 Evaluation Funding

Evaluation funding will be at two levels, with funding commensurate to the areas of responsibility. National Office will provide technical and financial support to the Regions, with the amounts to be discussed and reviewed on an ongoing basis.

3.2 Evaluation Responsibility

The Community Health Programs Directorate of the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada will be responsible for the ADI evaluation, including the ongoing performance measurement over the next three years and the final summative evaluation in 2004.

National Office will be responsible for the evaluation framework and design, and technical and financial support to Regions (as required). Regions will be responsible for regional level projects and establishing connections with Tribal Council and community level projects.

Evaluation Responsibilities	
ADI Evaluation Framework	National Office
Gap Analysis	National Office
CDS Annual Reports	National Office
ADI Annual Reports	National Office
Evaluation – Ongoing Performance Measurement	National Office, Regional Offices
Evaluation – Final Summative Evaluation Study	National Office, Regional Offices

3.3 Changes to the ADI Evaluation Framework

This evaluation framework, prepared in July 2001 (reviewed and edited in November), reflects the design of the ADI and incorporates the two programs and three components. It is likely that further changes in the upcoming years could affect the contents of this Framework. The Director General, Community Health Programs, will be responsible for accommodating those changes and for notifying all stakeholders including Treasury Board.

Initiative sur le *Diabète* chez les Autochtones

Cadre d'évaluation

Février 2002

Santé Canada
Health Canada

Canada

Initiative sur le Diabète chez les Autochtones

Cadre d'évaluation

Février 2002

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Le présent cadre d'évaluation a été rédigé par le Groupe de travail sur la reddition des comptes et l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Ce groupe comprend les personnes suivantes :

Dr Gillian Bailey, Direction générale de la santé des Premieres nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada
Michelle Callaway, DGSPNI, Santé Canada
Kidane Gebremariam, DGSPNI, Santé Canada
Barbara LeBrun, Direction générale de la santé de la population et de la sante politique, Santé Canada
Joanne Lucarz-Simpson, DGSPNI, Santé Canada
Alastair MacPhee, Congrès des Peuples Autochtones
Onalee Randell, Inuit Tapiriiksat Kanatami
Satish Seetharam, DGSPNI, Sante Canada
Anita Stevens, Assemblée des Premières nations
Susan Taylor-Clapp, DGSPNI, Santé Canada
Maureen Thompson, DGSPNI, Santé Canada
Krista Van Aert, DGSPNI, Santé Canada
Francine Vincent, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Joanette Wallace, DGSPNI, Santé Canada
Joan Wentworth, Conseil tribal de Battleford

Pour toute demande de renseignements concernant le présent document, prière de communiquer avec :

Satish Seetharam
Chef de l'évaluation des programmes
Direction des programmes de santé communautaire
Immeuble Jeanne Mance, pièce 2007
Pre Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 952-4230
Téléc. : (613) 954-8107
Courriel : satish_seetharam@hc-sc.gc.ca

Publication autorisée par le ministre de la Santé

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. H35-4/20-2002
ISBN : 0-662-66385-3

Table des *matières*

1.0 Objet et historique 1

1.1 But de l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones 1

1.2 Initiative sur le diabète chez les Autochtones : historique et description 5

1.3 Objectifs des programmes 9

1.4 Résultats des composantes des programmes 10

1.5 Niveaux de financement de l'IDA 11

1.6 Groupes cibles 11

1.7 Mise en œuvre et exécution des programmes 12

1.8 Modèle logique des programmes 15

2.0 Stratégie d'évaluation 17

2.1 Défis en matière d'évaluation 17

2.2 Niveaux d'évaluation 20

2.3 Questions d'évaluation et indicateurs 21

2.4 Questions d'évaluation et indicateurs à l'échelle des composantes 23

2.5 Méthodologie et sources de données 26

3.0 Évaluation 31

3.1 Financement de l'évaluation 31

3.2 Responsabilités liées à l'évaluation 31

3.3 Modifications du cadre d'évaluation de l'IDA 32

1.0 Objet et *historique*

1.1 But de l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Aperçu de la Stratégie canadienne sur le diabète

Le diabète est une maladie chronique : le corps ne parvient pas à produire de l'insuline (type I) ou ne peut l'utiliser de façon appropriée (type II); l'insuline est une hormone essentielle au fonctionnement normal du métabolisme humain. Près de 90 % de tous les cas de diabète chez les Canadiens sont de type II, maladie qui survient habituellement après l'âge de 40 ans. Les personnes âgées, les Autochtones, les membres de la génération du baby-boom et d'autres groupes à risque élevé (les personnes davantage portées à faire de l'embonpoint, celles qui mènent une vie sédentaire) sont donc les principales cibles de la Stratégie canadienne sur le diabète. Selon des recherches avancées, les programmes qui tiennent compte des principaux facteurs de risque modifiables de l'obésité et de l'inactivité devraient contribuer à prévenir ou à retarder l'apparition du type II et des complications associées à cette maladie.

Selon les estimations, annuellement le diabète coûte aux Canadiens 9 milliards de dollars, est la cause directe de 5 500 décès et contribue à une perte potentielle de 25 000 années-personnes. La fréquence de cette maladie s'accroît de 60 000 nouveaux cas par année. On estime à plus de 2 millions le nombre de Canadiens atteints du diabète, et un tiers d'entre eux n'auraient pas fait l'objet d'un diagnostic.

La prévalence du diabète est de trois à cinq fois plus élevée chez les peuples autochtones que dans la population en général. Par contre, chez les Inuits, les taux de diabète sont inférieurs à ceux du reste de la population. Le diabète de type II représente près de tous les cas de diabète chez les peuples autochtones, et survient habituellement à un âge beaucoup plus jeune : il est même apparu chez des enfants autochtones de cinq ans. Un rapport a été établi entre une période prolongée de niveaux élevés de sucre dans le sang

et des complications; on s'inquiète donc beaucoup que cette apparition précoce du diabète ne produise du même coup des complications à un jeune âge.

Dans le cadre du budget fédéral de 1999, le gouvernement s'est engagé à établir la Stratégie canadienne sur le diabète – une stratégie de 115 millions de dollars sur cinq ans, dont l'une des principales composantes s'adresse aux Autochtones. (Cette stratégie s'appelait autrefois Stratégie canadienne de prévention et de contrôle du diabète, dont le budget s'élevait initialement à 55 millions de dollars sur trois ans.) Cet engagement découlait du Discours du Trône de 1997 qui exprimait la détermination du gouvernement à faire face à l'augmentation rapide du diabète dans les communautés autochtones; de l'annonce, en 1998, du document intitulé *Rassembler nos forces – Le Plan d'action du Canada pour les questions autochtones* et des pressions accrues en faveur d'une stratégie pancanadienne sur le diabète de la part de groupes nationaux.

Le gouvernement du Canada invite toutes les parties intéressées à s'engager dans des activités visant à enrayer le diabète et les complications qui y sont associées. Dans le cadre de consultations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes autochtones ainsi que des groupes nationaux de lutte contre le diabète et des organismes à but non lucratif, il est parvenu à un consensus sur quatre composantes stratégiques et chantiers prioritaires : prévention et promotion, initiative sur le diabète chez les Autochtones, système national de surveillance du diabète et coordination nationale. Ces quatre éléments reconnaissent les principes suivants :

- le diabète de type II est considéré comme essentiellement évitable;
- les peuples autochtones sont particulièrement à risque;
- une base de connaissances plus vaste est requise pour une prise de décision plus éclairée;
- la mise en commun des efforts, l'atteinte d'un consensus ainsi que l'enrichissement des ressources existantes et leur mise à contribution produiront des avantages substantiels.

Les liens se poursuivront durant toute la durée de la stratégie. Les comités consultatifs encourageront activement toutes les parties intéressées, là où il est possible, à maximiser les investissements du gouvernement fédéral dans la lutte contre le diabète et à se donner une perspective d'avenir.

L'objectif général de la Stratégie canadienne sur le diabète consiste à prendre les mesures nécessaires en vue de réduire de façon sensible l'incidence et la prévalence du diabète et des complications associées à cette maladie au Canada. Cette stratégie tiendra compte des besoins des Canadiens en visant à aider les segments de la population qui, selon des recherches avancées, risquent le plus de contracter le diabète et des complications qui en découlent : les peuples autochtones, les personnes âgées, les personnes faisant de l'embonpoint, les gens menant une vie sédentaire et les Canadiens déjà aux prises avec cette maladie.

La Stratégie canadienne sur le diabète est fondée sur la reconnaissance que tous les paliers d'administration publique, ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG), les organismes autochtones, les collectivités ainsi que les particuliers ont un rôle important à jouer dans la lutte contre le diabète au Canada. Elle vise donc à développer et à faciliter des partenariats avec les principales parties intéressées. La configuration de la Stratégie canadienne sur le diabète permet aux diverses unités de Santé Canada de travailler ensemble afin de parvenir à des résultats positifs en matière de santé, ce qui permettra à ce ministère de réaliser son mandat et sa mission générale, qui consiste à préserver et à améliorer la santé des Canadiens. Des consultations et un dialogue continus avec les provinces et les territoires ont permis de désigner la promotion de la santé et la prévention du diabète de type II comme des mesures susceptibles de produire le plus de bienfaits dans la lutte contre le diabète, notamment pour ceux qui risquent de contracter le diabète de type II.

Évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) exige une stratégie permanente de surveillance et d'évaluation qui puisse prêter main-forte à la gestion des activités, et fournir une information continue sur les progrès accomplis en regard des objectifs nationaux. Une telle stratégie permettra également de fournir une information sur les effets et résultats à moyen terme découlant de la mise en œuvre de l'Initiative.

Le présent cadre a été conçu pour effectuer une évaluation formelle de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Il permet de définir les composantes particulières de l'IDA approuvées par le Conseil du Trésor. Pour chacune de ces composantes, on y trouve des objectifs à long terme ainsi que des indicateurs clés. Un modèle logique fournit les principaux éléments du cadre d'évaluation, notamment les éléments à évaluer ainsi que les activités et les extrants attendus.

La méthodologie d'évaluation décrite dans le présent rapport recense les sources d'information existantes, les mécanismes de collecte d'information proposés (consultations/entrevues avec des informateurs clés, sondages, études spéciales, etc.) et les évaluations indépendantes des trois composantes de l'IDA afin d'évaluer l'efficacité des activités et des projets en regard des objectifs communs.

Le présent cadre d'évaluation fait état de ce qui est à évaluer (objectifs et activités/extrants des trois composantes de l'Initiative), des sources d'information qui seront utilisées et des impacts et effets que les activités devraient produire. Il débute avec l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, suivie de chacune de ses trois composantes : 1) soins et traitement; 2) prévention et promotion; 3) soutien pour un meilleur mode de vie. Ce rapport a été élaboré pour compléter et élargir ceux mis au point pour l'ensemble de la Stratégie canadienne sur le diabète et les cadres d'évaluation de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

1.2 Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) : historique et description

Information générale

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones constitue une réponse à un besoin d'action critique. Elle s'emploie à créer un environnement global favorable à la santé, à susciter des changements de mode de vie et à favoriser des liens communautaires et des partenariats. Un besoin pressant se fait sentir en vue d'une collaboration et de partenariats à divers niveaux, qu'il s'agisse des fournisseurs de soins et de traitement, des membres de collectivités, des leaders, des régions de la Direction générale de la santé des Premieres nations et des Inuits (DGSPNI), des ONG et autres. Une telle concertation permettra de mettre sur pied des programmes et des services adéquats et efficaces en matière de soins et traitement, de prévention et promotion, et de soutien pour un meilleur mode de vie, qui soient adaptés à la culture, ancrés dans la collectivité et dispensés par cette dernière.

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète, et conformément aux responsabilités uniques de Santé Canada, l'IDA a pour objectif d'accroître la sensibilisation au diabète de type II et de réduire l'incidence de ses complications chez les peuples autochtones en mettant en œuvre des programmes accessibles, globaux et culturellement adaptés. À cette fin, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones entend fournir un accès direct aux programmes et services de soins et traitement, et de soutien pour un meilleur mode de vie, à l'intention des membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits établis dans les communautés inuites. L'IDA adoptera également une approche générale sensible aux différences culturelles en ce qui a trait à la prévention et à la promotion de la santé pour tous les peuples autochtones, y compris les Métis, les Inuits en milieu urbain et les habitants vivant hors réserve.

L'IDA est l'une des quatre composantes de la Stratégie canadienne sur le diabète, qui constitue la réponse du gouvernement fédéral pour enrayer le diabète et qui met à contribution bon nombre

d'intervenants et de partenaires. Ce programme entretient également des liens solides avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. L'IDA est un programme quinquennal, et au terme de cette période Santé Canada devra en faire un compte-rendu au Conseil du Trésor. L'IDA exige une évaluation continue et orientée vers des résultats, conformément à la présentation du programme au Conseil du Trésor.

Description de l'IDA

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones entreprendra une lutte contre l'épidémie du diabète chez les peuples autochtones en orientant ses efforts dans les trois principaux secteurs suivants :

- Soins et traitement;
- Prévention et promotion;
- Soutien pour un meilleur mode de vie.

L'IDA comprend deux programmes :

1) **le Programme pour les membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites;**

2) **le Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.**

Ces programmes sont décrits en détail dans deux modèles logiques en pages 15 et 16, et l'éducation en constitue un principe sous-jacent.

Le volet à l'intention des membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites constitue 75 % de l'Initiative, et porte sur les trois principales composantes (soins et traitement, prévention et promotion, soutien pour un meilleur mode de vie). Ces trois volets seront dispensés par les moyens suivants :

- la voie régionale de DGSPNI;
- une formule de financement;
- un ensemble de directives;
- en partenariat avec les collectivités.

Quant au Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain, il porte principalement sur la prévention primaire et la promotion de la santé. Ce volet sera exécuté par les moyens suivants :

- une demande de proposition lancée par l'administration centrale;
- une formule de financement;
- conformément aux lignes directrices de l'Initiative;
- au moyen de partenariats, dans la mesure du possible.

Composantes des programmes

1. Soins et traitement – Conformément à la responsabilité unique qu'assume Santé Canada pour ce qui est d'assurer un accès direct à des services de soins et traitement pour les Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites, la composante soins et traitement s'adressera essentiellement à ces groupes. (Les provinces et territoires continueront à assurer des services de soins et traitement aux Métis, aux Autochtones hors réserve et aux Inuits en milieu urbain dans la limite de leurs compétences.)

La composante soins et traitement, sera exécutée au moyen d'accords de contribution et administrée dans les régions par la DGSPNI. Les activités (tels que dépistage, cliniques podologiques, services de consultation ophtalmologiques, examens périodiques, tests et programmes de traitement) permettront de répondre aux besoins en soins et traitement des membres des Premières nations et des Inuits qui ont déjà été diagnostiqués pour le diabète, et d'éviter que d'autres complications ne se développent. Ces activités seront mises au point et exécutées de façon globale et de manière à tenir compte de la réalité culturelle par les collectivités elles-mêmes. Elles auront leur port d'attache dans le milieu de façon à s'assurer que les Premières nations et les Inuits soient en mesure de mettre en valeur les capacités nécessaires pour administrer des programmes sur le diabète viables et adaptés à la culture.

2. Prévention et promotion – La composante prevention et promotion s'adressera à tous les Autochtones : Métis, Inuits, Autochtones dans les reserves et hors reserve. Les activites seront adaptées à la culture et administrées au moyen d'accords de contribution et d'autres

ententes. Les consultations ont démontré que la prévention primaire est une préoccupation d'importance pour les Inuits qui tiennent à ce que les taux extrêmement élevés de diabète chez les Premières nations ne se répètent pas dans leurs propres collectivités. Les Premières nations ont également fait valoir l'importance de s'assurer que les jeunes et les personnes les plus vulnérables soient sensibilisés aux facteurs de risque associés au diabète.

Des organismes nationaux tels que l'Assemblée des Premières nations (APN), l'Inuit Tapiriiksat Kanatami (ITK), l'Association des femmes autochtones du Canada, le Conseil national des Métis (CNM), le Congrès des Peuples Autochtones (CPA) et l'Association nationale autochtone du diabète (ANAD) participent à la planification de la mise en œuvre et contribuent à l'exécution des programmes auprès de leurs clientèles respectives. Les activités de prévention et promotion comprendront des centres d'excellence, des programmes de formation des moniteurs, des programmes de sensibilisation, des programmes ancrés dans le milieu scolaire (dans les réserves et les collectivités inuites) ainsi qu'un centre de ressources et d'information autochtone.

*3. **Soutien pour un meilleur mode de vie*** – Des services de soutien pour un meilleur mode de vie aux collectivités autochtones et aux Inuits seront offerts pour aider les personnes atteintes du diabète et leurs familles à faire face aux effets dévastateurs de cette maladie. Ces services sont un élément important des mesures à mettre en place pour faire face au diabète sur le plan local.

Des groupes et des systèmes de soutien communautaires qui contribuent à améliorer la qualité de vie seront mis sur pied, et des programmes qui soutiennent la prise en charge grâce à des pratiques de vie saines seront dispensés et financés. Ces activités, qui seront de nature communautaire, mettront à contribution des personnes atteintes du diabète, leurs familles, les chefs et les centres communautaires. On encouragera également l'établissement de liens avec des ONG tels que l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), la NADA et l'Association canadienne du diabète (ACD).

1.3 Objectifs des programmes

Santé Canada, qui se concerte avec les comités autochtones, engage des investissements qui visent à réaliser les objectifs suivants relativement aux deux programmes de l'IDA :

Premières nations dans les réserves et Inuits dans les collectivités inuites

- Mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque et la valeur d'habitudes de vie saines.
- Appuyer la mise au point d'une approche adaptée à la culture pour ce qui est des soins et traitement, de la prévention du diabète et la promotion de la santé, et d'un soutien pour un meilleur mode de vie.
- Créer des capacités, des liens et une infrastructure pour toutes les composantes de l'IDA dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.
- Promouvoir une autogestion efficace en matière de diabète.
- Assurer une coordination avec d'autres programmes orientés sur la collectivité, et notamment avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Métis, Autochtones hors réserve et Inuits en milieu urbain : prévention et promotion

- Mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque et la valeur d'habitudes de vie saines.
- Promouvoir, auprès des Autochtones et des Inuits, la prise en charge des programmes de prévention primaire du diabète et de promotion de la santé.
- Assurer une répartition loyale et équitable des ressources disponibles auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.

- S'assurer que les programmes sont exécutés de la façon la plus équitable possible dans l'ensemble du pays.
- Favoriser des approches innovatrices à la prévention primaire du diabète et à des projets de promotion de la santé.

1.4 Résultats des composantes des programmes

Le tableau suivant présente les résultats les plus importants attendus des trois composantes des programmes de l'IDA.

Composantes des programmes de l'IDA	Résultats attendus
Soins et traitement	• Meilleur accès aux soins et traitement pour les membres des Premières nations et les Inuits atteints de diabète; • Association plus étroite avec les fournisseurs de soins auprès des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète; • Capacité accrue des collectivités des Premières nations et des collectivités inuites pour gérer de façon efficace des programmes de lutte contre le diabète; • Résultats cliniques améliorés, y compris une diminution des taux de diabète et d'hospitalisation, et des complications moins graves.
Prévention et promotion	• Sensibilisation générale accrue au diabète : facteurs de risque, indications et symptômes, bienfaits découlant d'habitudes de vie saine; • Mise en œuvre de programmes et de projets efficaces liés à la prévention du diabète; • Production et distribution d'une documentation tenant compte des cultures et des langues des Premières nations, des Métis et des Inuits; • Dépistage précoce accru et meilleur signalement du diabète.
Soutien pour un meilleur mode de vie	• Programmes communautaires efficaces mis en place pour assurer un soutien et des services aux personnes atteintes de diabète, à leurs familles et à leurs fournisseurs de soins; • Des organismes mieux établis au niveau de la collectivité pour appuyer les programmes et services associés au diabète; • Amélioration en matière de qualité de vie et d'autonomie chez les membres des Premières nations et les Inuits atteints de diabète.

1.5 Niveaux de financement de l'IDA

Le tableau suivant présente les niveaux de financement annuels et le financement total sur cinq ans de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones.

Année	Montant (en millions de $)
1999-00	2
2000-01	11
2001-02	15
2002-03	15
2003-04	15
Total	**58**

1.6 Groupes cibles

L'IDA vise à accroître la sensibilisation au diabète, à réduire l'incidence et la prévalence des complications associées à cette maladie chez les Autochtones, notamment les groupes suivants :

- Premières nations et Inuits de tous âges;
- Personnes vivant dans une réserve des Premières nations ou dans une collectivité inuite, ou dans une collectivité des Premières nations dans le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut;
- Métis vivant dans des communautés métisses, en milieu rural ou urbain;
- Membres des Premières nations hors réserve en milieu rural ou urbain;
- Inuits vivant à l'extérieur des collectivités inuites ou en milieu urbain.
- Indiens non inscrits.

1.7 Mise en œuvre et exécution des programmes

La mise en œuvre et l'exécution de l'IDA s'échelonneront sur cinq ans. À cette fin, un comité de direction national a été créé, qui regroupe des représentants des principaux organismes autochtones, de Santé Canada et de la National Aboriginal Diabetes Association.

- **Année I de l'IDA (1999-2000)** – Le comité de direction de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a tenu des réunions de planification de mise en œuvre avec des représentants des organismes autochtones, des collectivités, du personnel régional et de l'administration centrale au début de l'hiver 1999-2000. Ces réunions nationales et régionales ont permis de confirmer les besoins et les priorités des programmes, de déceler les perspectives offertes, et ont donné lieu à un cadre de mise en œuvre intégrale. De plus, un financement a été offert aux projets pilotes en voie de réalisation (c.-à-d. des projets financés antérieurement par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé et qui ont reçu un financement temporaire par la Direction générale des services médicaux de Santé Canada en 1998 afin d'éviter une perte de capacité et d'élan), à la ANAD et pour la planification de mise en œuvre au niveau régional.

- **Année II de l'IDA (2000-2001)** – Les efforts ont porté sur la mise en œuvre de la gamme complète des composantes soins et traitement, prévention et promotion, et soutien pour un meilleur mode de vie, dans les réserves et dans les collectivités inuites partout au pays dans le cadre du Programme pour les membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites; et le lancement d'une demande de proposition qui a donné lieu à la mise en œuvre de 16 programmes de prévention primaire et de promotion de la santé dans le cadre du Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.

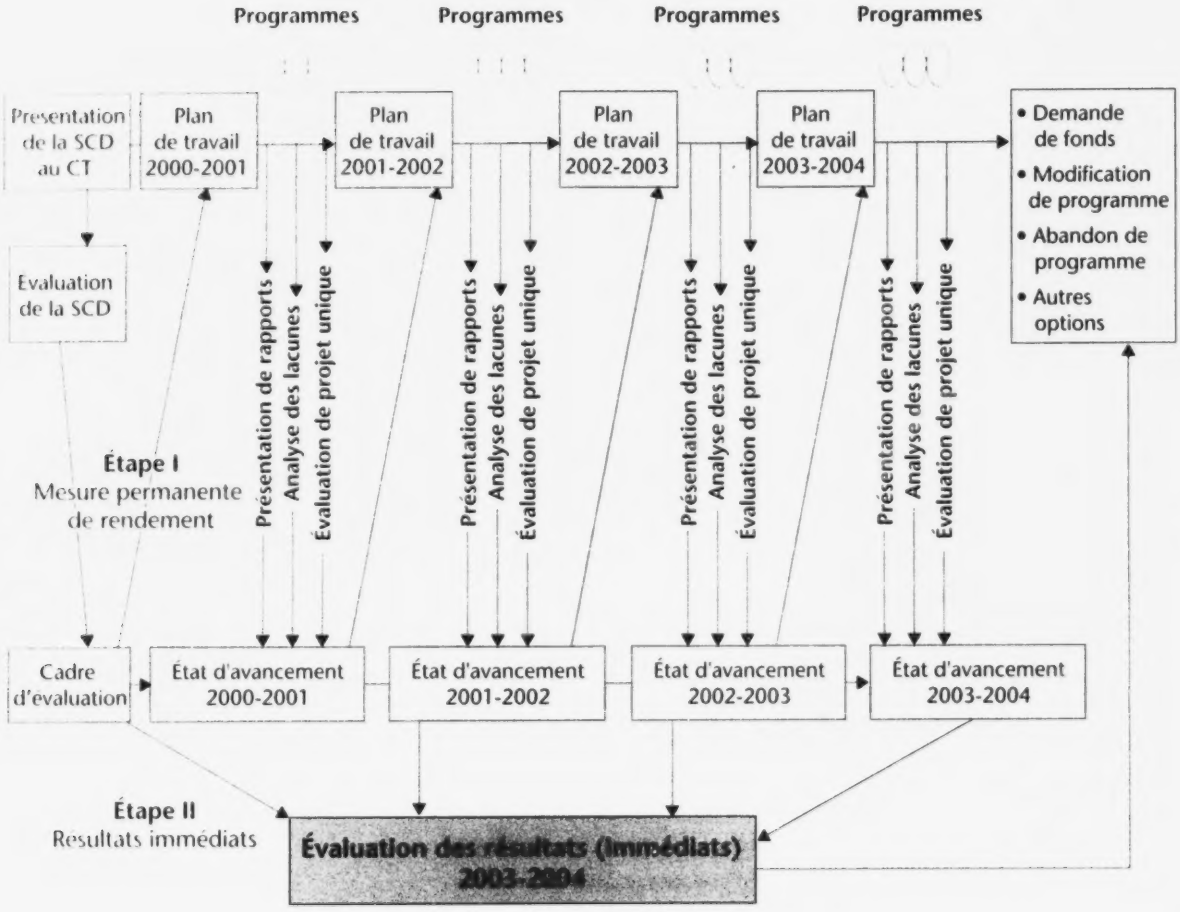
- **Années III et IV de l'IDA (2001-2002 et 2002-2003)** – Les activités entamées au cours de l'année II se poursuivront, et seront accompagnées de cadres de reddition de comptes et de présentation de rapports. D'autres activités s'ajouteront à mesure que le niveau de financement s'accroîtra pour atteindre son point maximal.

- **Année V de l'IDA (2003-2004)** – Les activités comportant des cadres de reddition de comptes et de présentation de rapports se poursuivront. On effectuera une analyse des lacunes dans la programmation et des besoins permanents des programmes, et on effectuera également une évaluation des résultats (résultats immédiats).

Les évaluations de l'IDA comporteront deux étapes : l'étape I comprendra une mesure de rendement permanente. Il s'agira d'effectuer une surveillance, une analyse des lacunes et une évaluation pour les activités réalisées au cours des années III à V (2001-2002 à 2003-2004). L'étape II de l'évaluation comportera un bilan final sur les derniers résultats et impacts des programmes, et sur l'efficacité de l'IDA quant à atteindre ses buts et objectifs. Les résultats de ce bilan seront présentés au ministre de la Santé.

Il est essentiel d'établir des liens avec les provinces, les territoires, les régions, les collectivités et autres parties intéressées. Aussi, l'IDA entretient des rapports avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, puisqu'une bonne partie des services de soins et traitement directs liés au diabète à l'intention des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète seront dispensés par les préposés de ce programme dans le milieu. Des liens ont également été établis avec d'autres programmes tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA), le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI).

Processus d'évaluation de l'IDA



1.8 Modèle logique des programmes

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Premières nations dans les réserves et Inuits dans les collectivités inuites

1999-2004 Composantes	Soins et traitement	Prévention et promotion	Soutien pour un meilleur mode de vie
Activités	• Établir des liens (programmes externes et existants) • Créer des programmes et services adaptés à la culture et à la collectivité pour le dépistage et le traitement • Dispenser des programmes de soins et traitement • Faciliter l'accès aux services de soins et traitement • Embaucher des coordinateurs en matière de diabète • Appuyer les comités consultatifs sur le diabète • Favoriser la formation des travailleurs de la santé	• Établir des liens (programmes externes et actuels) • Mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque et la valeur d'un mode de vie sain • Assurer des programmes adaptés à la culture • Favoriser l'accès à des programmes appropriés à la culture • Promouvoir la prise en charge par les Premières nations et les Inuits des programmes de prévention • Favoriser une saine gestion du diabète	• Établir des liens (avec programmes externes et existants) • Créer des groupes de soutien et des services communautaires pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du diabète et qui s'adressent également aux familles et aux fournisseurs de soins • Mettre sur pied des programmes et services pour accroître l'autonomie et promouvoir un mode de vie sain • Activités telles que groupes de soutien par les pairs, les cercles de partage, les services de portes ouvertes et récréatifs
Extrants	• Programmes de soins et traitement • Programmes de dépistage • Programmes d'éducation (p. ex. autogestion) • Mécanismes pour améliorer l'accès aux programmes • Liens et partenariats structurés avec les fournisseurs de programmes chez les Premières nations et les Inuits (p. ex. soins à domicile et en milieu communautaire)	• Programmes pour accroître la sensibilisation au problème du diabète et à la prévention • Programmes d'éducation pour les jeunes et groupes à risque élevé • Programmes de promotion d'un mode de vie sain et d'une vie active • Projets communautaires pour renforcer la capacité locale • Ressources sur le diabète : p. ex. Bulletin de la NADA	• Projets et services communautaires pour personnes atteintes du diabète, ainsi que leurs familles et les fournisseurs de soins • Programmes de soutien pour accroître l'autonomie • Programmes de soutien pour promouvoir un mode de vie sain
Résultats immédiats	• Plus grande capacité de la part des collectivités et des organismes pour exécuter des programmes et services liés au diabète relativement au dépistage, aux soins et traitement et à la formation • Meilleure coordination des actions en matière de diabète • Accès amélioré à des programmes de soins et traitement directs dans les réserves et les collectivités inuites	• Mobilisation communautaire initiale sur le diabète • Meilleure coordination des actions contre le diabète • Capacité accrue dans les organismes et les collectivités des Premières nations et des Inuits pour faire face aux enjeux liés au diabète • Documentation tenant compte des cultures et des langues des Autochtones et des Inuits	• Services communautaires accrus pour les personnes atteintes du diabète, leurs familles et les fournisseurs de soins • Plus grand nombre d'organismes de la collectivité qui soutiennent les programmes et services liés au diabète
2004-2009 Résultats à moyen terme	• Capacité accrue pour gérer des programmes viables • Proportion accrue des populations dans les réserves et les communautés inuites • Nombre accru de fournisseurs, travailleurs de la santé liés au diabète • Services de soins et traitement améliorés	• Niveaux accrus de sensibilisation aux problèmes de santé et aux complications associées au diabète, signaux d'avertissement et facteurs de risque • Niveaux accrus de sensibilisation à la prévention et aux bienfaits de pratiques de vie saine • Signalement accru des cas de diabète	• Meilleur accès à des services de soutien pour personnes atteintes du diabète • Meilleur soutien communautaire accordé aux personnes atteintes du diabète, à leurs familles et aux fournisseurs de soins
2009 et après Résultats à long terme	• Services de soins et de traitement améliorés • Améliorations dans les résultats cliniques; mortalité et complications réduites • Dépistage amélioré et précoce du diabète • Directives en matière de pratiques cliniques reflétant la situation particulière des membres des Premières nations dans les réserves et dans les communautés inuites • Taux et gravité de complications moins élevés et moins d'hospitalisations	• Meilleur accès à une documentation tenant compte des cultures et des langues des Premières nations et des Inuits • Sensibilisation accrue • Incidence réduite du diabète	• Meilleure qualité de vie et autonomie accrue chez les membres des Premières nations et les Inuits atteints du diabète • Services permanents de soutien pour un meilleur style de vie à l'intention des membres des Premières nations et des Inuits

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Métis, Autochtones hors réserve et Inuits en milieu urbain

Prévention et promotion

1999-2004 Composante	Prévention et promotion
Activités	Établir des liens (avec programmes externes et existants) Accroître la sensibilisation au diabète, à ses facteurs de risque et à la valeur d'un mode de vie sain Assurer des programmes qui tiennent compte des différences culturelles Faciliter l'accès aux programmes adaptés à la réalité culturelle Favoriser la prise en charge des programmes de prévention chez les Métis, les Autochtones hors réserve et les Inuits
Extrants	Sensibilisation au diabète et programmes de prévention Programmes d'éducation pour jeunes et groupes à risque élevé Programmes de promotion pour un mode de vie sain et une vie active Projets communautaires visant à renforcer les capacités locales Ressources liées au diabète : p. ex. Bulletin de la NADA
Résultats immédiats	Participation communautaire dans les programmes de prévention et de promotion Meilleure coordination des actions pour lutter contre le diabète Capacité accrue des organismes et des collectivités des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits pour faire face aux enjeux liés au diabète Accès aux programmes de prévention et de promotion en matière de diabète
2004-2009 Résultats intermédiaires	Niveaux plus élevés de sensibilisation aux problèmes de santé et aux complications associées au diabète, aux signaux d'avertissement et aux facteurs de risque Documentation qui tient en compte des cultures et des langues des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits Niveaux plus élevés de sensibilisation à la prévention et aux bienfaits d'un mode de vie sain Meilleur signalement des cas de diabète
2009 et après Résultats à long terme	Meilleur accès à la documentation adaptée aux cultures et aux langues des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits Sensibilisation accrue Incidence réduite du diabète

2.0 Stratégie *d'évaluation*

L'évaluation de programme est un outil qui favorise de bonnes pratiques de gestion et qui est utilisé de façon continue. Cette évaluation s'effectue généralement à la fin du cycle de vie du programme ou selon un délai prédéterminé. Toutefois, des concepts d'évaluation devraient être intégrés de façon suivie à toutes les étapes de l'exécution du programme, et notamment en amont, afin d'articuler les liens entre les activités et les résultats. Si une évaluation des diverses composantes du programme peut s'effectuer en fin de parcours, il est très important que des études d'évaluation stratégiques, complètes et opportunes de projets et d'activités soient menées pour chaque composante de façon suivie, de manière à enrichir les évaluations finales des composantes et du programme dans son ensemble.

Comme il a été mentionné dans la partie 1, l'évaluation de l'IDA comportera deux étapes. Une évaluation du processus portera sur la surveillance continue des programmes (étape I). Cette étape comprendra la surveillance, l'analyse des lacunes et une évaluation des projets pour les trois années de mise en œuvre intégrales des programmes. L'évaluation du processus, qui s'effectuera de façon continue, complétera et renforcera le bilan (résultats). Un bilan des résultats (étape II) portera sur les résultats et les impacts finaux des programmes et sur l'efficacité de l'IDA en regard des buts et des objectifs fixés.

Les activités de la première année de financement temporaire (1999-2000) seront couvertes au cours de la première année de mesures continues du rendement (2000-2001).

2.1 Défis en matière d'évaluation

L'évaluation de l'IDA est un processus continu qui couvre une période de cinq ans et qui met à contribution bon nombre de parties intéressées, ainsi que des organismes et des collectivités autochtones dans l'ensemble du pays. Voici un certain nombre de défis à surmonter pour mener à bien cette évaluation.

- *Acteurs multiples* – Santé Canada n'est que l'un des nombreux acteurs dont les activités et les politiques influent sur la santé des Canadiens.

- *Mandat et ressources limitées* – Santé Canada dispose d'un mandat et de ressources limitées pour agir sur une vaste gamme d'activités liées à la prévention du diabète, à la prise en charge et à la lutte contre cette maladie.

- *Coordination à long terme des efforts* – L'atteinte de ces cibles et objectifs exige une coordination à long terme des efforts des divers acteurs représentant toutes les zones de responsabilité au Canada.

- *Temps limite pour mesurer les objectifs de l'IDA* – Le délai d'exécution de l'IDA, de 1999-2000 à 2003-2004, ne suffira pas pour atteindre l'ensemble des objectifs fixés. L'évaluation devra porter sur l'état d'avancement des programmes, et sur les résultats à court terme (ou immédiats).

- *Réformes de la santé aux niveaux provincial et territorial* – Les initiatives en matière de réforme de santé aux niveaux provincial et territorial auront des répercussions sur les soins et le traitement liés au diabète chez les peuples autochtones.

- *Enjeux des compétences liées à l'exécution des programmes* – Les politiques et les programmes des autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que des organismes autochtones auront une incidence directe sur l'état de santé des Autochtones. Cet enjeu pourrait revêtir une importance particulière dans le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest, où les programmes sont dispensés indirectement aux Inuits par l'intermédiaire du gouvernement.

- *Déterminants de la santé* – Il y a un nombre de facteurs connus comme déterminants de la santé qui influent sur la santé des Canadiens.

- *Détermination de la causalité* – Dans la plupart des cas, étant donné le nombre de facteurs et d'agents qui influent sur le changement, il est difficile d'établir des liens de causalité directs entre l'IDA et des changements dans l'état de santé des Autochtones canadiens.

- *Administrations multiples* – Un nombre élevé d'administrations jouent un rôle dans la prestation des soins de santé, y compris les provinces, les territoires, Santé Canada, des organismes autochtones et des organismes non gouvernementaux. Pour atteindre des résultats importants, toutes les parties intéressées (locales, régionales et nationales) devront déployer des efforts à long terme au-delà d'une période de cinq ans.

- *Liens avec d'autres programmes tels que le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits* – L'IDA fournit des fonds pour des types particuliers de projets. À tout moment donné, bon nombre de programmes communautaires sont administrés parallèlement : par exemple, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (SDMCPNI) et le Programme d'Aide préscolaire aux Premieres nations (PAPPN). Dans bon nombre de cas, ces programmes sont dispensés de façon collaborative. Le succès ou l'échec de l'IDA pourrait dépendre de la façon dont de tels programmes sont exécutés dans le milieu.

- *L'IDA et le programme SDMCPNI possèdent des niveaux différents de financement* – Dans certaines collectivités, les ressources de l'IDA et du programme SDMCPNI sont intégrées de façon à atteindre de meilleurs résultats. L'IDA assure un financement pour une période définie dans le cadre de son mandat de cinq ans, tandis que le programme de SDMCPNI reçoit des fonds de façon continue. Cette différence pourrait compliquer l'intégration des activités et la mise en œuvre de mécanismes de prestation.

- *Suivi du financement attribué* – Bon nombre d'activités de l'IDA seront parrainées et exécutées à divers niveaux, y compris les niveaux national, régional, communautaire et des conseils tribaux.

Pour suivre le calendrier d'attribution des fonds des organismes qui ont différentes pratiques de présentation d'information financière, il faudra disposer de mécanismes de communication fiables et d'une surveillance continue.

- *Partage d'information entre partenaires de programmes et intervenants* – Il peut être difficile d'assurer le partage, la recherche et la présentation d'information de la part des provinces, des régions, des collectivités et d'autres parties intéressées. Le nombre élevé de participants aux programmes compliquera les communications. Gérer les recoupements et les liens au niveau des informations en provenance de programmes qui ont des perspectives et des mandats différents, tels que le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits et le Système national de surveillance du diabète, présentera des défis de taille. Des partenaires d'exécution de programmes pourraient également se montrer réticents à établir de nouveaux protocoles de communication lorsque ceux qui sont déjà en place fonctionnent bien.

2.2 Niveaux d'évaluation

L'évaluation s'effectuera à quatre niveaux de regroupement différents :

- collectivités;
- conseils de bande/conseils tribaux;
- DGSPNI (régional);
- niveau national.

Les données d'évaluation peuvent se résumer pour appuyer l'analyse de chacun de ces quatre niveaux. Pour un programme de la taille et de la complexité de l'IDA, des sources de données spécifiques seront plus utiles pour les différents niveaux d'évaluation. Par exemple, le Système national de surveillance du diabète fournira des données très utiles aux niveaux national et régional, mais les données de ce système pourraient ne pas faciliter les analyses au niveau des collectivités et des conseils de bande/conseils tribaux. Par ailleurs, des

consultations, des examens ou des études de cas menés au niveau local pourraient fournir des résultats précieux pour l'évaluation au niveau des collectivités, mais pourraient ne pas être suffisants pour faciliter les analyses aux niveaux régional et national.

Les tableaux des sections 2.3 et 2.4 présentent un examen préliminaire des rapports entre différentes questions et méthodes d'évaluation, d'une part, et les quatre niveaux d'évaluation, d'autre part. Ces rapports devront être réexaminés lorsque la méthodologie d'évaluation aura été mise au point et que l'évaluateur aura eu l'occasion d'évaluer la qualité des données recueillies au moyen des différentes méthodes.

2.3 Questions d'évaluation et indicateurs

Conformement à l'approche utilisée pour évaluer la Strategie canadienne sur le diabète exposée dans la présentation au Conseil du Trésor (cadre d'évaluation de la SCD), les progrès réalisés en regard des objectifs de l'IDA seront mesurés selon les critères suivants :

- Pertinence – dans quelle mesure les composantes des programmes sont toujours nécessaires.
- Progrès/succès – dans quelle mesure les activités et les extrants ont donne lieu aux résultats particuliers précises dans le plan de programmes.
- Mise en œuvre et administration – dans quelle mesure la mise en œuvre et l'administration étaient appropriées et ont permis d'atteindre les résultats voulus.
- Rentabilité – les coûts associés à chacun des résultats.

Le tableau suivant présente les questions générales d'evaluation de l'IDA qui correspondent aux quatre critères ci-haut, auxquels s'ajoutent quelques indicateurs clés. On y trouve également des listes préliminaires de sources de données et de méthodologie de collecte de données ainsi que des niveaux d'évaluation. Des tableaux similaires pour les trois composantes de programmes se retrouvent dans la section 2.4.

Questions d'évaluation à l'échelle des programmes

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ Sources de données	Niveaux d'évaluation
1 Pertinence Dans quelle mesure l'IDA a-t-elle permis d'accroître la sensibilisation au diabète et a réduit l'incidence et la prévalence des complications associées au diabète chez les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits au Canada?	Taux d'incidence et de prévalence du diabète et de ses complications Taux de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes du diabète	• Système national de surveillance du diabète (SNSD) • Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) • Organismes communautaires et fournisseurs de soins chez les Premières nations, les Métis et les Inuits	• National • Régional
2 Progrès/succès Dans quelle mesure les activités liées à l'IDA ont-elles contribué aux résultats suivants? Accès amélioré aux soins et traitement Sensibilisation accrue et prévention du diabète; Programmes communautaires pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie chez les personnes atteintes du diabète.	Résultats cliniques améliorés Niveaux plus élevés de sensibilisation aux facteurs de risque liés au diabète et à la prévention Amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie des membres des Premières nations et des Inuits atteints du diabète	• SNSD/SISPNI • Organismes communautaires et fournisseurs de soins autochtones • Sondages auprès des populations autochtones • Consultations auprès des personnes atteintes du diabète	• National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
3 Mise en œuvre et administration Dans quelle mesure la mise en œuvre et l'administration de l'IDA ont-elles permis d'atteindre les objectifs des programmes?	• Le financement des programmes/projets reflète les objectifs et les priorités de l'IDA • Attribution du financement selon le plan des programmes • Ententes de collaboration avec les fournisseurs de soins autochtones	• Examen des données de programmes • Étude de cas/examen de projets choisis • Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones	• National • Régional
4 Rentabilité Dans quelle mesure l'IDA a-t-elle recours à des méthodes appropriées, efficaces et rentables pour atteindre les objectifs de ses programmes?	• Rentabilité globale de l'IDA • Rentabilité des différentes options de programmes et des types de projets • Pertinence des activités en matière de diabète pour les peuples et les collectivités autochtones	• Examen des données liées à l'administration des programmes • Étude de cas/examen de projets choisis • Analyse coûts-avantages des types de projets de l'IDA	• National • Régional

2.4 Questions d'évaluation et indicateurs à l'échelle des composantes

Soins et traitement

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ sources de données	Niveau d'évaluation
L'IDA a-t-elle permis d'améliorer l'acces aux soins et traitement pour les membres des Premieres nations et des Inuits atteints du diabete?	• Nombre accru de personnes dans les reserves et dans les communautés inuites desservies par les programmes de soins et traitement liés au diabete • Proportion accrue des populations dans les reserves et les collectivites inuites jouissant d'un acces aux soins et traitement • Meilleur depistage et signalement precoce du diabete	• SNSD/SISPNI • Organismes communautaires et fournisseurs de soins des Premieres nations et des Inuits	• National • Regional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivite
L'IDA a-t-elle permis d'accroitre la capacite des collectivites des Premieres nations et des Inuits pour qu'elles puissent gerer des programmes efficaces et viables en matiere de diabete?	• Partenariats plus solides avec les organismes des Premieres nations et des Inuits fournissant des soins et traitement • Participation accrue des organismes des Premieres nations et des Inuits dans les programmes de soins et traitement • Capacite accrue pour administrer les programmes sur le diabete	• Consultations aupres des organismes et des fournisseurs de soins autochtones • Consultations aupres des chefs de programme et des fournisseurs de soins de sante • Examen des dossiers de projet	• National • Regional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivite
L'IDA a-t-elle permis de favoriser une gestion efficace du diabete?	• Partenariats dans l'execution des programmes • Prestation en temps utile des programmes et des services	• Examen des donnees de programme • Consultations aupres des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones	• National • Regional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivite
L'IDA a-t-elle permis de batir des capacites, des liens et une infrastructure pour toutes ses composantes dans les collectivites des Premieres nations et des Inuits?	• Nombre accru d'organismes autochtones capables de fournir des programmes et des services sur le diabete • Partenariats dans l'execution des programmes	• Examen des donnees de programme • Consultations aupres des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones • Gouvernements provinciaux et territoriaux	• National • Regional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivite
L'IDA a-t-elle permis d'assurer une coordination avec d'autres programmes axes sur le milieu, tel que le Programme de soins a domicile et de soins en milieu communautaire des Premieres nations et des Inuits?	• Partenariats dans l'execution des programmes	• Examen des donnees de programme • Consultations aupres des responsables de l'IDA et des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones	• National • Regional

Prévention et promotion

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méhodologie/ sources de données	Niveaux d'évaluation
L'IDA a-t-elle donne lieu a des ameliorations globales pour ce qui est d'une sensibilisation au diabete, aux facteurs de risque et a la valeur d'un mode de vie sain?	• Sensibilisation accrue dans les organismes communautaires • Sensibilisation accrue dans les populations des Premières nations, des Metis et des Inuits • Sensibilisation dans les sous-groupes a risque eleve	• SNSD/SISPNI • Consultations auprès des organismes et des fournisseurs de soins des Premières nations, des Métis et des collectivités inuites • Sondages auprès des populations autochtones	• National • Régional • Collectivité
L'IDA a-t-elle assure la mise en œuvre de programmes efficaces de prevention du diabete pour tous les Autochtones?	• Mise en œuvre de programmes et projets de sensibilisation au diabète et de prevention • Sensibilisation accrue au diabète, aux facteurs de risque et aux avantages d'un mode de vie sain • Incidence réduite du diabète	• SNSD/SISPNI • Examen des données de programme • Consultations auprès des organismes communautaires et des fournisseurs de soins autochtones • Consultations auprès des chefs de programme	• National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
L'IDA a-t-elle permis d'adopter une approche adaptee a la culture pour les programmes de prevention et de promotion de la sante?	• Soutien de la part des organismes des Premières nations, des Métis et des Inuits • Conception et utilisation d'une documentation tenant compte des langues et des cultures autochtones	• Examen des données de programme • Etude de cas/examen de projets choisis • Consultations auprès des promoteurs de projet et des organismes autochtones	• National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivite
L'IDA a-t-elle favorise la prise en charge chez les membres des Premieres nations et des Inuits pour ce qui est des programmes de prevention et de promotion de la sante?	• Partenariats dans l'execution des programmes • Parrainage des projets IDA par les Premières nations, les Metis et les Inuits	• Examen des données de programme • Etude de cas/examen de projets choisis • Consultations auprès des promoteurs de projet et des organismes autochtones	• National • Régional
La repartition des ressources de l'IDA a-t-elle ete loyale et equitable parmi les Métis, les Autochtones hors reserve et les Inuits en milieu urbain?	• Attribution en pourcentage des fonds de programme entre les groupes cibles	• Examen des données de programme	• National • Régional
L'IDA a-t-elle permis d'adopter des approches novatrices a des projets de prevention primaire du diabete et de promotion de la sante?	• Evaluation mutuelle des projets de l'IDA • Introduction de nouveaux programmes pour les Premieres nations, les Métis et les Inuits	• Examen des données de programme • Étude de cas/examen de projets choisis • Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones	• National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité

Soutien pour un meilleur mode de vie

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ sources de données	Niveaux d'évaluation
Des programmes et services de soutien efficaces et pertinents en matière de diabète ont-ils été mis en place?	• Mise en œuvre en temps opportun de projets parrainés par l'IDA • Évaluations mutuelles de l'efficacité et de la pertinence des programmes et services mis en place	• Examen des données de programme • Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones et inuits	• National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
Y a-t-il eu une amélioration dans la qualité de vie des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète grâce à l'IDA?	• Accès accru à des services de soutien pour les personnes atteintes du diabète, leurs familles et les fournisseurs de soins • Groupes de soutien créés dans le milieu	• SNSD/SISPNI • Consultations auprès des organismes autochtones et inuits • Sondage et consultations auprès des personnes atteintes du diabète et des fournisseurs de soins	• National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
Dans quelle mesure l'IDA a-t-elle permis de promouvoir l'autonomie et la gestion du diabète chez les Premières nations et les Inuits?	• Sensibilisation accrue aux pratiques de gestion du diabète • Accès accru aux services de soutien • Disponibilité et accessibilité accrues au matériel nécessaire pour une autogestion	• Examen des données de programme • Consultations auprès des organismes autochtones et inuits • Sondage et consultations auprès des personnes atteintes du diabète et des fournisseurs de soins	• National • Régional

2.5 Méthodologie et sources de données

Dans la mesure du possible, les méthodes et les sources de données utilisées pour évaluer l'IDA seront semblables à celles utilisées pour évaluer l'ensemble de la Stratégie canadienne sur le diabète (SCD). Il s'agit, entre autres, du Système national de surveillance du diabète (SNSD), la source de données primaires pour la surveillance et l'évaluation de la SCD. D'autres sources mises au point dans le cadre de la SCD et qui pourraient servir à évaluer l'IDA (peut-être sous une forme modifiée) comprennent le modèle en vue d'une cueillette de données minimales découlant des projets communautaires financés et la base de données des projets liés au Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.

Voici quelques autres sources de données et méthodes qui pourraient être utilisées pour évaluer l'IDA. Cette liste est provisoire et présente des sources potentielles uniquement. Une description plus précise des sources de données et de méthodes sera élaborée au cours de la conception de l'évaluation lorsqu'il sera possible d'obtenir plus d'information sur les projets de l'IDA et les participants.

A. Méthodes de collecte des données

Examen des données liées à l'administration des programmes – La vaste collecte de données recueillies au cours de l'administration des programmes sera une source importante d'information en vue de l'évaluation. Voici quelques-unes de ces sources de données :

- données de projets liés à l'IDA, y compris les applications, les plans de travail et les rapports d'avancement (lorsqu'ils sont requis ou disponibles);
- rapports des activités;
- rapports de financement et rapports financiers;
- rapports de programmes connexes tels que le SNSD et le PSDCPNI;
- rapports annuels de la SCD.

Examen des documents de projet – Chaque projet donnera lieu à une documentation, en plus de la demande initiale. Cette documentation pourrait comprendre du matériel de communication (p. ex., brochures, affiches, vidéos), des guides de formation, des documents de planification, des ordres du jour ou notes de réunion, de la correspondance ainsi que des sommaires ou des rapports de types divers. Demander aux promoteurs de projets de fournir des documents clés produits au cours de leurs activités permettra à Santé Canada de mieux surveiller et évaluer l'IDA. L'échantillonnage de projets et une demande de documentation plus détaillée sur les activités et les résultats permettront également d'assurer une information précieuse pour l'examen des projets.

Entrevues d'informateurs clés – Des consultations auprès des intervenants, des partenaires de programmes, des promoteurs de projets et autres particuliers et organismes intéressés peuvent être menées dans le cadre d'entrevues d'informateurs clés. De telles entrevues ont lieu habituellement avec une seule personne et sont confidentielles. Elles peuvent également comprendre des groupes restreints. Des entrevues en personne et par téléphone peuvent être effectuées selon le sujet et la période de temps requise pour l'entretien et les préférences de l'interviewé. Des considérations pratiques telles que les coûts de déplacement sont également très importantes.

Entrevues d'experts – Des consultations auprès de divers types d'experts peuvent s'avérer utiles pour la surveillance et l'évaluation des programmes. Le personnel médical possédant une expertise en diabète, les experts en soins communautaires, les travailleurs sociaux et les techniciens en assistance sociale, les experts en nutrition et en loisirs, ainsi que les experts en communication et en marketing, peuvent apporter une contribution utile à l'évaluation. Une compréhension et une sensibilité à l'endroit des populations des Premières nations, des Métis et des Inuits desservis par l'IDA sont indispensables de la part des experts consultés en vue de l'évaluation.

Sondages auprès des populations desservies par l'IDA – Des sondages d'un nombre élevé de clients desservis par les programmes (échantillons probabilistes représentatifs) peuvent contribuer à assurer une vaste vue d'ensemble des résultats et effets des programmes. De tels sondages permettent généralement de recueillir un nombre relativement restreint d'informations quantitatives d'un nombre élevé de personnes. L'avantage qui en découle est que l'information recueillie peut être utilisée pour faire des déductions statistiques (dans le cadre de paramètres d'erreurs discernables) pour les populations autochtones desservies par les programmes. Les sondages effectués auprès des populations autochtones présentent des défis particuliers pour ce qui est des méthodes d'entrevue, de l'accès à des échantillons représentatifs des populations étudiées (biais liés à l'échantillonnage) et de la logistique. Une planification soignée et un soutien de la part des groupes sondés sont des éléments critiques de succès.

Examens et évaluations de projets – Certains organismes parrainant des projets liés à l'IDA peuvent suivre leurs propres démarches pour ce qui est de l'examen et de l'évaluation des activités. Il pourrait s'agir d'études de cas, d'auto-évaluations et de consultations communautaires. Une telle information pourrait être intégrée à la surveillance et à l'évaluation de l'IDA lorsque les organismes en question sont disposés à partager leurs résultats.

Études de cas/révision de projets – Des études de cas ou d'autres types d'examens plus approfondis pourraient être menés pour des projets choisis. Les études de cas, qui normalement exigent de deux à cinq jours de la part du chercheur, comprendraient un examen approfondi de tous les aspects d'un projet particulier. Ils fourniraient une information détaillée sur les activités d'un projet, ainsi que sur ses résultats et effets. Une étude de cas menée à bien permet également de mieux comprendre les raisons d'un succès ou d'un échec.

B. Méthodes d'analyse

Surveillance du rendement – La surveillance du rendement peut être effectuée pour des projets IDA pour lesquels on dispose de données sur les progrès réalisés. La cueillette de telles données devrait comprendre des mesures qui correspondent aux indicateurs présentés dans le cadre d'évaluation.

Analyse coûts-avantages – Au niveau d'un projet, une analyse coûts-avantages exigerait des données détaillées qui pourraient être recueillies au moyen d'une étude de cas ou d'une vérification de projet. De telles analyses peuvent être effectuées après un délai suffisant pour permettre une mesure probante des résultats et des avantages. Une analyse coûts-avantages à des niveaux de regroupement plus élevés pourrait être effectuée lorsqu'il sera possible d'obtenir suffisamment de données au niveau des projets.

Analyse des liens – Une analyse des liens avec d'autres programmes clés pourrait être effectuée au cours des premières étapes du processus. Les intervenants clés devraient être consultés en vue d'examiner de façon préliminaire dans quelle mesure l'IDA a été intégrée avec succès à d'autres programmes.

Analyse des lacunes – Une analyse des lacunes peut être effectuée pour s'assurer que les plans de travail et les activités sont conformes aux objectifs de l'IDA. Une telle analyse comprend une comparaison systématique des activités réelles et prévues en regard des objectifs établis de l'IDA. De telles comparaisons peuvent être effectuées à chaque niveau d'analyse. Une analyse des lacunes peut être utilisée pour s'assurer que le programme est sur la bonne voie et indiquer tout changement à effectuer au programme à mi-parcours.

3.0 Évaluation

Cette section couvre l'attribution des coûts pour l'évaluation de l'IDA, précise les responsabilités et offre la possibilité d'apporter des changements au présent cadre d'évaluation.

3.1 Financement de l'évaluation

Le financement de l'évaluation s'effectuera à deux niveaux, correspondant aux diverses sphères de responsabilité. Le Bureau national fournira un soutien technique et financier aux régions, les montants devant être discutés et révisés de façon continue.

3.2 Responsabilités liées à l'évaluation

La Direction des programmes de santé communautaire (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits) de Santé Canada sera chargée d'évaluer l'IDA et d'effectuer de façon continue une mesure du rendement au cours des trois prochaines années et un bilan final en 2004.

Le Bureau national sera chargé du cadre d'évaluation et de sa conception, ainsi que du soutien technique et financier aux régions (au besoin). Les Régions seront chargées des projets au niveau régional et devront établir des liaisons avec les projets au niveau des conseils tribaux et des collectivités.

Responsabilités liées à l'évaluation	
Cadre d'évaluation de l'IDA	Bureau national
Analyse des lacunes	Bureau national
Rapports annuels de la SCD	Bureau national
Rapports annuels de l'IDA	Bureau national
Évaluation – mesure de rendement continu	Bureau national, bureaux régionaux
Évaluation – étude d'évaluation du bilan	Bureau national, bureaux régionaux

3.3 Modifications du cadre d'évaluation de l'IDA

Le présent cadre d'évaluation, préparé en juillet 2001 (examiné et révisé en novembre), reflète la conception de l'IDA, et comprend les deux programmes et les trois composantes de l'Initiative. Il est probable que d'autres changements à apporter au cours des années à venir pourraient modifier le contenu de ce cadre. Il incombera au directeur général des Programmes de santé communautaire d'intégrer ces changements et d'en aviser tous les intervenants, y compris le Conseil du Trésor.

ᓄᓇᕗᑦᑐᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᑦ ᓴᓇᔨᓴᒃᑯᑐᐃᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐱᒋᐊᕐᓇᖅᑐᒥᔪᖅ

ᖃᐅᔨᓴᖅ

ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ

ᐅᑭᐅᖅᑕᕆᔨᒃᑯᑦ 2002

Health Canada Santé Canada

Canada

ᓄᓇᕗᑦᑐᑦᓯᐊᓂᒃ ᑎᒥᖅᓯᒪᓂ

ᐱᒋᐊᕆᐊᓕᕆᓂᖅ

ᕿᑐᕐᓴᐃᓄᐅᑦ

ᐱᓕᕆᔨᐃᓴᓕᐅᑎᓪᓗᒍ

ᐅᖃᐅᓯᕐᒥ 2002

ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓴᓐᓄᑦ ᐃᑲᔪᕆᓱᐊᕐᓂᒃᑐᖅ ᐃᓇᖏᕐᓂᓂᖅ ᑲᓇᑕᐅᑦ ᓴᓇᐃᕐᔪᐊᓕᒪᑦ ᐊᑎᒪ ᐊᑲᐅᓱᓕᒋᓕᑎᑎᕐᔪᓂᑦ ᑎᒥᒥᓂᖅ.

ᐊᕐᓂᐊᓇᕐᓂᑐᓪᓚᕆᔨᕐᔪᐊᑦ ᑲᓇᑕᒥ

ᑕᕐᓇ ᖃᐅᔨᔪᐃᓇᓂᐅᑦ ᐱᓕᓚᐊᕐᔪᓯᐅᑎᖓᒍ ᑎᑎᕋᖅᑕᐅᓱᐊᕐᓂᖏᓐᓄᑦᑐᖅ ᑲᒪᒋᔭᖃᕐᑎᐊᓂᔪᑦ ᐊᑎᒪ ᖃᐅᔨᔪᕋᓂᔪᑦ ᐱᓕᓚᖃᑎᖅᓯᓂᖅᓴᐅᓂᖅ ᐊᑎᓚᖅᑎᑎᓂᓄᑦ ᓇᓇᖃᖅᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓴᐅᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓂᖅᓴᐅᓂᖅ ᐱᕕᐊᖅᓯᓂᐅᔨᓴᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓴᐅᓂᖅ. ᐱᓚᖅᑎᑎᓂᓄᑦ ᐃᓚᐅᔪᓕᒪᓂᖅ ᐅᓄᐊᖅᓯᒪᔪᖅ:

ᓗᑕᖏᑦ ᒥᓚᐊᑦ ᕿᐃᓚ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᒥᓱᐅᑦ ᓚᓚᑐᐃᓇᑦ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᑭᑕᐃᑦ ᒥᕕᒪᓚᐊᑦ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
<ᔪᕐᖁ ᓕᔪᖁᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᒥᓱᑎᒥᓂᖅᓴᓐᓂᑦ ᐊᒪᒪ ᑭᓄᔪᐃᐃᓐᓇᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᔨᑎᑦ ᓄᑲ-ᑭᓱᖁᑦ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᐊᓪᓚᑎᐅᐅ ᒪᓕᐃ, ᑲᑎᒪᔨᖁᓂᑦ ᓄᓇᖃᖅᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓴᐅᓂᖅ
ᐅᓇᓕ ᖁᖏᑎᐅᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓚᖁᖅ ᑲᓇᑕᒥ (ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓚᑦ ᑲᓇᑕᒥ)
ᓴᑎᑦ ᔪᑕᖁᑦ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᐊᓂᑕ ᔪᑎᑎᐅᑉ, ᐊᑦᓚᐃᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᑲᑐᔾᔨᑎᑎᓂᑦ
ᔪᖅ ᑕᐃᓗᓄᓪᓚᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᒪᓚᐅ ᑕᑎᖁᑦ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᐅᓂᑕ ᕿᑐ ᐊᑉ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᔪᕆᔨᓯ ᐃᓕᓯ, ᐊᑦᓚᓂᐃ ᓯᕿᐃᓕᒥ ᐊᒪᒪ ᓴᕐᔭᐃᑦᑐᒥ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᓂᒃᑯᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓕᓚᓇᕐᔪᓂᒃᑯᑦ ᖃᐅᔨᔪᖅᑎᑎᓂᑦ
ᔨᓂᓄ ᔭᐃᓚᓕᒪ, ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᒪᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᔨᑦ ᔭᐃᓐᓕᒪᑦ, ᕿᑐᔾᔨᑎᑎᓂᑦ ᐊᑎᒪ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᑦ, ᐊᑐᓂᖅᓴᓐᓂᑦᑕᓚᓇᕐᔪᐊᓗᑦ ᑲᓇᑕᒥ
ᔨᑦ ᔭᐃᓐᓕᒪᑦ, ᕿᑐᔾᔨᑎᑎᓂᑦ

ᓇᓗᓇᐃᓱᓴᐅᑎᑦ ᐃᓗᓕᖅᑭᓐᓄᑦ

1.0 ᐱᓴᐅᑎᑲᐅᔪᑦ ᐊᖏᒪ ᖃᓄᐃᓱᒪᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᑕᑯᓱᑕᐊᕐᑎᓴᐃᔪᑦ 1

1.1 ᐱᓴᐅᑎᑲᐅᔪᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᖅᓱᒪᓕᕆᓄᑦ ᑎᒥᖅᓄᑦ ᓱᓕᓐᓂᑲᑕᐅᓇᓱᒪᓂᖅᓴᓗᑦ ᐱᑕᐊᓐᑎᑕᐃᓱᒪᓕᕆᓂᖅᐳᖅ ᖃᐅᔨᓴᓂᖅᓴᓗᑦ 1

1.2 ᖃᓄᐃᓱᒪᓕᕆᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᖏᒪ ᓇᓗᓇᐃᓐᓇᑕᐅᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᖅᓱᒪᓕᕆᓄᑦ ᑎᒥᖅᓄᑦ ᓱᓕᓐᓂᑲᑕᐅᓇᓱᒪᓂᖅᓴᓗᑦ ᐱᑕᐊᓐᑎᑕᐃᓱᒪᓕᕆᓂᖅᓴᑦ 4

1.3 ᐱᓕᕆᔨᐊᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᓐᑕᐅᔪᑦ 8

1.4 ᐱᓕᕆᔨᐊᑎᑐᑦ ᐃᓕᓴᒥᑕ ᓴᓐᖤᕐᓯᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᑦ 9

1.5 ᓄᓇᖃᖅᑐᖅᓱᒪᓕᕆᓄᑦ ᑎᒥᖅᓄᑦ ᓱᓕᓐᓂᑲᑕᐅᓇᓱᒪᓂᖅᓴᓗᑦ ᐱᑕᐊᓐᑎᑕᐃᓱᒪᓕᕆᓂᖅᓴᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᐊᓐᑎᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᑦ 10

1.6 ᑐᓴᖏᓐᓄᐅᔪᑦ 10

1.7 ᐱᓕᕆᔨᐊᑎᑐᑦ ᐊᑐᓚᖑᑎᓂᖅᓴᓐᓂᑦ ᐊᖏᒪ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᑦ 11

1.8 ᐱᓕᕆᔨᐊᑎᑐᑦ ᐊᓚᐅᖅᓱᒪᓂᖅᓴᒃᑲᒃ ᖃᓄᐃᓕᓴᖅᓂᖅᓴᓐᓂᑦ 14

2.0 ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓕᕆᔨᐊᑎᒍ 17

2.1 ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᓕᖅᓱᒃ ᐱᔭᕆᐊᑐᑦ 17

2.2 ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᓕᖅᓱᒃ ᐊᓕᕆᓐᓂᐅᑎᑦ 20

2.3 ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᓕᖅᓱᒃ ᐊᐱᖅᓯᒪᒥ ᐊᖏᒪ ᓇᓗᓇᐃᓐᓇᑕᐅᓂᖅ 20

2.4 ᐃᓕᓴᐃᓗᓐ ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᓕᖅᓱᒃ ᐊᐱᖅᓯᒪᒥ ᐊᖏᒪ ᓇᓗᓇᐃᓐᓇᑕᐅᓂᖅ 23

2.5 ᐱᓕᕆᔨᐊᓕᐅᑎᑦ ᐊᖏᒪ ᑲᑎᒪᖅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐱᒪᐅᑎᑦ 26

3.0 ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅ 31

3.1 ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᐅᑎᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᐊᓐᑎᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᑦ 31

3.2 ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᓕᖅᓱᒃ ᐱᔭᕆᐊᖑᓪᓚᑕᐅᑎᑦ 31

3.3 ᐊᓯᖏᑕᐅᑎᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᖅᓱᒪᓕᕆᓄᑦ ᑎᒥᖅᓄᑦ ᓱᓕᓐᓂᑲᑕᐅᓇᓱᒪᓂᖅᓴᓗᑦ ᐱᑕᐊᓐᑎᑕᐃᓱᒪᓕᕆᓂᖅᓴᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᐅᑎᑦ ᐱᓕᕆᔨᐊᑎᒍᓐᓇᓂᖅ 32

1.0 ᐱᓱᓀᑎᑦᑐᕆᔨᓱᑦ ᐊᒻᒪᒪ ᖃᓄᐃᓕᒫᓂᖅᓄᑦ ᑐᑭᓯᐊᕐᓂᖅ

1.1 ᐱᓱᓀᑎᑦᑐᕆᔨᓱᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᒃᓴᕐᓂᒃᑯᑦ ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓯᒪᔪᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᔨᑎᑦᑎᓂᕐᒧᑦ ᐃᓄᖃᖅᑐᓂᖅ

ᖃᓄᐃᓕᒫᓂᖅ ᑲᓇᑕᒥ ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓯᒪᔪᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᔨᓱᑦ

ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓯᒪᔪᖅᑐᓄᖅ ᓄᖅᑲᔪᐃᑐᑐᖅᓴᖅ ᐊᑐᓂᐊᔪᓄᖅ ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᑲᓇᕐᓇᐃᓕᓂᖅᓱᓂᒃ ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓯᒪᔪᖅᑐᑦ ᓄᓇᓕᔭᐊᓂᖅᐊᓂᒃ (ᐊᐃᑦᑕᑦ), ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᓯᕗᓂᓕᐊᔪᕐᓇᒃ ᐱᑕᖃᓂᖅᑲᑦᑕᓂᖅᓴᖅ ᓈᑎᑦ ᐊᐅᓚᓂᖅᑲᑎᐊᖅᓄᓕᒃ ᓄᓕ. ᐊᑎᓯᑎᓂᕆᓂᖅᑲᖅᓴᑦ ᖃᓄᐃᓕᒫᓂᖅ 90 ᓄᓇᕗᑦᑕ ᑕᒪᐃᑕ ᓈᑎᑦᑐᓂᒃ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓯᒪᔪᖅᑐᑦ ᐊᐅᓚᓂᖅᑲᑎᐊᖅᓄᓕᒃ ᐱᑕᖃᓂᖅᑲᑦᑕᓂᖅᓴᖅ ᐊᐃᑦᑕᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᐱᑕᖃᓂᕐᓂᓱᖅᓴᖅ ᐅᑭᐅᖅᑕᓂᒃ ᐅᓇᓱᑕᓂᒃ 40. ᐃᓄᑐᖃᐃᑦ, ᓄᖅᑲᖅᖃᖅᓯᒪᔪᑦ, ᐅᓇᑕᐃᓐᓇᐊᑐᓂᖅ ᐊᓂᔨᓴᕐᓂᖅᑎᑐᓗ ᐃᓄᓂᓕᒃᑐᑦ ᐊᒻᒪᒪ ᐊᓯᓚᑦ ᐱᑕᖃᓂᖅᑲᑦᑕᓂᖅᓴᖅ (ᑕᒪᓐᓇᖅᑐᑦᑎᓂᒃ ᖃᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑐᑦ ᐃᓄᖃᖅᑐᓂᒃ ᐃᓄᖃᖅᑐᓂᖅᑲᑦᑕᓂᖅᓴᖅ ᐊᑐᓂᐊᔪᓄᖅ

ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑕᐅᔪᓐᓇᒥᐅᓂᖅ ᐊᒥᐱᑎᒋᔭᐅᓄ $55 ᒥᓕᐊᖅᓄ ᐱᖓᓱᓕᓄ ᐊᖏᖁᓕᓴᐅᑉ). ᑕᖅᓇ ᐱᖓᓚᐊᖅᓵᓂᖅ ᐱᑎᐊᓕᑦᑐᓂᖅᓯᒪᔪᖅ 1997-ᒥ ᑯᓚᒃ ᑎᓵᐅᓕᖅᖢᓂᓄ ᐱᖓᓚᐊᖅᑲᕈᐅᓕᓕᒫᓂ ᐅᒪᑎᔾᔪᓂᒍᑦ ᐊᒥᓱᓕᕐᕕᒃᓴᓕᕐᓂᓄ ᑎᒥᓄᑦ ᓕᓴᐃᖅᑐᒍᓕᖅᑐᓂᖅᓯᒪᔪᖅᓴᕐᕕᑐᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᓯᒪᔪᑦ ᓄᓇᓕᕐᓂᓂ, 1998 ᓴᖅᑭᑕᐅᓂᖅᖢᓄ ᓴᓐᖏᓐᓂᕐᕕᒃᓴᓕᕐᓂᓄ - ᑲᓇᑕᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐱᓇᓕᖅᑲᖅᓯᒪᔪᖅᓯᒪᒍᑦ ᕕᐃᓐᓇᐅᑉ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᐅᓂᖅᓄᑦ

ᑕᐢᓇ ᑲᓇᑕᒥ ᑎᒥᔪᐃ ᓱᓕᔨᑐᐃᓕᖅᓯᓂᖅᓴᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓗ ᒪᓕᕆᓂᖅᓴᖅ ᐃᓕᓴᖅᓱᓂᖅᓴᖅ ᑕᒪᐃᑕ ᑲᑭᒪᐃᓪ, ᐊᐢᒪᓗ ᑲᑭᒪᔪᓂᖅᓴᓐᓇᖅᑐᑦ ᑎᒥᐊᑎᖅᑎᑦ, ᓄᓇᑦ ᐊᐢᒪ ᐃᓄᐃᓪ ᐃᑦᒥᔪᐃ ᐊᑐᑦᓱᖅᑕᓂᓕᖅᓴᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᓯᓂᖅᓴᖅ, ᐊᐢᒪ ᐱᓕᕆᔨᑲᑕᐅᔪᓯᓂᖅᓴᖅ ᑲᒪᒋᔭᐅᑎᑦᓴᒍ ᑎᒥᔪᐃ ᓱᓕᔨᑐᐃᓕᖅᓯᓂᖅᓴᖅ ᑲᓇᑕᒥ. ᑕᐢᓇ ᑲᓇᑕᒥ ᑎᒥᔪᐃ ᓱᓕᔨᑐᐃᓕᖅᓯᓂᖅᓴᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓗ ᑕᒪᐃᑕ ᐱᓇᓱᐊᖅᓯᒪᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐊᐢᒪᓂᖅᓴᖅ. ᑕᔭᒪᒪ ᑲᓇᑕᒥ ᑎᒥᔪᐃ ᐱᓕᕆᔨᑲᑕᐅᔪᓯᓂᖅᓴᖅ ᐃᓕᓴᖅᓱᓂᖅᓴᖅ ᑲᒪᒋᔭᐅᑎᑦᓴᒍ ᐊᐢᒪᓂᖅᓴᖅ ᐊᑐᑦᓱᖅᑕᓂᓕᖅᓴᖅ ᑲᒪᒋᔭᐅᑎᑦᓴᒍ ᐊᐢᒪᓂᖅᓴᖅ ᐃᓕᓴᖅᓱᓂᖅᓴᖅ ᑲᓇᑕᒥ: ᐊᐢᒪᑭᐅᒪᒪᑎᓕᓱᐊᖅᓯᓂᑦ ᐊᐢᒪ ᐊᐢᒪᑭᓪᓕᖅᓯᑎᓕᓱᐊᖅᓯᓂᑦ ᑎᒥᔭᖅᑎᑦᑕ ᑲᓇᑕᒥᑦ. ᑐᓴᓇᐊᖅᓯᑦ ᐊᐢᒪ ᑲᓴᓯᓪᓕᓱᐊᖅᓯᓂᖅᓴᖅ ᑐᓴᓇᐊᖅᓯᒪᓂᖅᓴᖅ ᑲᓇᑕᒥ ᐊᐢᒪᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᑲᓇᑕᒥᑦ. ᑐᓴᓇᐊᖅᓯᑦ ᐊᐢᒪ ᑲᓴᓯᓪᓕᓱᐊᖅᓯᓂᖅᓴᖅ ᑐᓴᓇᐊᖅᓯᒪᓂᖅᓴᖅ ᑎᒥᔭᖅᑎᑦᑕ ᑲᓇᑕᒥᑦ ᐊᐢᒪᓂᖅᓴᖅ ᑲᓇᑕᒥ

ᖃᐅᔨᓴᕕᓂᐅᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᐊᑎᖓᓐᓄᑦ ᐅᖃᖅᓯᒪᔪᖅ ᓯᓇᐃᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᔪᓐᓇᐅᑉᓯᓚᖅᑕ (ᑕᒪᔭᕐᓇᐃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᑦ ᑭᒪᒃ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᔨᓯᕐᓂᖅᑐᖅᑎᑦ ᐱᖓᓱᓂᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᐅᑦ ᐃᓕᖅᑎᓂᖅᑐᑦ), ᖃᐅᔨᓴᑦᑐᑦ ᐱᐊᐃᐅᔨᓇᖅᑐᑦ ᑐᓴᐅᒪᔨᖅᑕᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᐃᓐᓇᓯᓚᖅᑕ, ᑭᒪᒃ ᖃᓄᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᓯᓚᖅᑕ ᑭᒪᒃ ᓯᓚᐅᑎᓂᖅᑕᐅᓂᓯᓚᖅᑕ ᑕᒪᔭᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ. ᑕᒪᑐᒪ ᖃᐅᔨᓴᐃᓐᓇᐅᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᔨᓯᕐᓂᖅᑐᖅᓄᑦ ᓄᓇᖃᖅᖃᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᑕᖃᖅᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ, ᒪᓕᒐᓱᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᑕᒪᑐᒪ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᓯᓚᖅᑕ ᑭᒪᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᔨᓯᕐᓂᖅᑐᖅᓄᑦ ᐱᑕᖃᖅᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ: 1) ᖃᒪᓕᕆᐅᓂᖅ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᓕᕆᔨᑕᐅᓂᖅ; 2) ᓂᖅᖃᓚᑎᑎᖃᓕᕆᓂᖅ ᑭᒪᒃ ᓴᖅᑭᔭᖅᑎᑎᓂᖅ; ᑭᒪᒃ, 3) ᐃᓄᓕᕐᓂᑦ ᐃᖅᓱᖅᓯᓂᖅ. ᑕᒪᓐ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᐊᑎᒍ ᐅᓂᖃᓕᐅᕕᑦ ᐱᑕᖃᖅᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᖅ ᐊᓕᓕᐅᔭᖅᑐᓂ ᑭᒪᒃ ᐃᓕᑎᑎᑕᐅᓂᓗ ᑕᒪᔭᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᐱᑕᖃᖅᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑕᒪᔭᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᓯᓚᖅᑕ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᓕᕆᔨᑕᐅᓂᖅ

ᐊᓂᓂᐊᓐᓇᕐᓂᑐᐃᓐᓇᓂᕐᒥᐅᑦ ᓴᓇᐹᓴᓕᕐᓂᐊᓂᕐᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᓂᐅᑦ ᑕᒪᐃᓐᓄᓂᑦ ᓄᓇᖃᖅᖃᓄᐃᑦᑐᖅ, ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᑎᒃᓴᓂᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑎᒪ ᐊᓂᒪᑦ ᓄᓇᕗᓂᓂ ᓄᓇᖃᖅᖃᓂᑐᑦ.

ᑕᐃᓇ ᓄᓇᖃᖅᖃᓕᕆᔨᓄᑦ ᑎᒥᖅᑯᑦ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᐃᓐᓇᐅᑉᓱᓂᒃᑯᑦ ᐱᑎᐊᓴᑎᑕᐅᔪᒪᔨᓴᖅ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓐᓄᑦ ᑎᑎᕋᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᑐᒃᓴᐃᓐᓇᐅᑉᓱᓂᒃᑯᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᒃᑯᑦ, ᑕᕐᔪᐊ ᓚᕈᒪᔪᓂᑎᑕ ᖃᓄᐃᑦ ᑭᐅᔭᓕᕆᔨᓄᑦ ᑎᒥᖅᑯᑦ ᓯᓚᖅᑐᑐᒃᓴᐃᓐᓇᐅᑉᓱᓂᒃᑯᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᐃᓕᑎᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᑐᑭᓯᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᒪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ. ᐊᐅᓚᐊᓄᑦ ᓴᓐᓂᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐊᑕᐅᓂᖃᖅᑐᓂᒃᑯᑦ ᐃᓐᓇᐃᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑎᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕗᓂᓂ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓐᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᓂᐅᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᑐᒃᓴᐃᓐᓇᐅᑉᓱᓂᒃᑯᑦ ᑕᕐᔪᐊ ᓄᓇᖃᖅᖃᓂᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓐᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᒃᑯᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᑐᒃᓴᐃᓐᓇᐅᑉᓱᓂᒃᑯᑦ ᑕᓪᓕᒪᓂᑦ ᐊᑎᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕗᓂᓂ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓐᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᒃᑯᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᑐᒃᓴᐃᓐᓇᐅᑉᓱᓂᒃᑯ

- ᐊᖏᔪᑎᑦᓴᐅᓗᑎᒃ ᐊᑦᓚᓄᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᐃᓄᑦ ᐊᖏᓂᖅᓯᓐᓂᑦᑐᓕᕆᐃᓐᓄᑦ ᐊᐃᓱᑐᖏᓪᓗᓂᒃᓴᓂ ᐱᓕᕆᓂᑦ;
- ᐊᖏᔪᑎᑦᓴᐅᓗᑎᒃ ᐸᓇᐅᓴᖅᑎᑎᑦᓂᐅᓂᒃᓴᓂᑦ ᐱᓕᕆᓂᑦ;
- ᒪᓕᒐᓗᑦ ᐊᖏᖑᑦᑕᐅᓂᒪᓕᕆᑦ ᖃᐅᔨᒪᔭᕐᓂᑦ; ᐊᖓᒪ,
- ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑐᓂᒃᓴᑦ ᓄᓇᓕᓂᓄᑦ.

ᑕᐃᓇ ᐊᑦᓚᖑᓕᔨᓄᑦ, ᐊᑦᓚᐃᑦ ᓄᓇᖑᓂᓕᒥᐅᑕᐅᖏᓐᓂᑦᑐᓗᓄᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓕᔨᓄᑦ ᐊᖓᒪ ᓄᓇᓕᔪᐅᓴᓂᑐᓗᓄᑦ ᐃᓄᐃᓄᑦ ᐊᑐᓕᑕᒪᓐᓂᑎᓇᓕᐊᖓᓂᓗᒍᑦ ᐊᖓᒪ ᐊᑦᓂᖅᓯᓐᓂᑦᑐᓗᓄᑦᑐᒃ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓕᔨᓄᑦ, ᐃᒪᐃᑦᓂᐊᖓᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐊᑦᓂᖅᓯᓐᓂᑦᑐᓗᓄᑦᑐᒃ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ, ᐃᒪᓕᐃᑦᓂᐊᖓᓂᒃᓴᓂᑦ.

- ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᑕᐃᓗᓂ ᑐᓴᕐᓴᑦᑎ ᑐᓴᕆᓂᑦᑐᓗᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ;
- ᒪᓕᓂᔪᒪᓗᓂ ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ;
- ᒪᓕᓂᓗᓂ ᐱᓕᓐᓂᔪᐊᑎᓄᑦ ᖃᐅᔨᒪᔭᕐᓂᑦ; ᐊᖓᒪ
- ᖃᓄᖅᑐᖅᓴᐃᓂᖃᖅᑐᓂᓗᓂ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦᑐᓂᑦ, ᓇᒥᓕᒪᖅ ᐊᓂᔨᓂᖅᑐᓂᒃᓴᓂᑦᑐᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ.

ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᑦ ᐃᓕᓴᑦᑐᑦ

1. ᖃᒪᑎᓴᐅᓂᖅ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅ - ᐊᑐᐊᓇᐊᖅᑐᓗᒍ ᐊᑦᓂᐊᓇᖅᑐᖅᑎᑕᐅᓚᓕᔪᓂᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐊᖅᓴᐅᖅᑎᓂᓕᓂᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖑᓂᓕᐊᖓᓂᒃᓴᓂᑦ ᖃᒪᑎᓴᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓂᖅ, ᑕᒪᓐᓇ ᖃᒪᑎᓴᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓕᕆᔨᐅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓄᓐᓄᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓂᖅ, ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦᑐᓂᑦ ᑕᐅᔭᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᑦ, (ᐊᐃᓱᑐᖏᓪᓗᓂᒃᓴᓂᑦ ᖃᓄᖅᑲᖅᑲᖑᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᑕᖃᖅᑎᑦᑎᓗᓂᒃ ᖃᒪᑎᓴᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖑᓂᓕᐊᖓᓂᒃᓴᓂᑦ, ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓂᖅ, ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦᑐᓂᑦ ᑕᐅᔭᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᑦ ᑕᑯᓇᓐᓂᑦ ᑕᑯᓇᓐᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ, ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦᑐᓂᑦ ᑕᐅᔭᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᑦ ᑕᑯᓇᓐᓂᑦ ᑕᑯᓇᓐᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓂᖅ, ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦᑐᓂᑦ ᑕᐅᔭᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᑦ ᑕᑯᓇᓐᓂᑦ ᑕᑯᓇᓐᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇᓂᐊᖓᑎᖅᑎᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᖓᒪ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᑲᖑᓂᖅ, ᐊᖓᒪ

2. ᓄᖅᑲᒃᑎᑦᑎᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐊᒻᒪ ᓴᖅᑭᖏᖅᑎᑦᑎᓂᖅ - ᓄᖅᑲᒃᑎᑦᑎᓇᓱᐊᕐᓂᖓᓪᓗ ᐊᒻᒪ ᓴᖅᑭᖏᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓯᓪᓗ ᐱᓕᕐᓂᐊᖅᑎᑦ ᑐᖓᔾᔪᑎᖅᓴᖅᓯᑦ ᑕᒪᐃᔨᓄᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᑦᓯᐊᕐᓂᖓᓪᓗ ᐊᒻᒪ ᓄᓇᖃᖅᑐᑦᓂᖅᓱᖅᓯᑦᑐᓄᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ. ᐱᓕᕐᓂᐊᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᐃᓇᓱᑦ ᐃᓕᓴᐃᑦᑐᕌᖓᔪᓐᓇᖅᑐᑦ, ᐊᒻᒪ ᐊᐅᓚᑦᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓯᑦ ᐊᒻᒪ ᐊᐅᓚᑦᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓯᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓕᕐᓂᐊᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᐃᓇᓱᑦ, ᑐᖓᔾᔪᑎᖅᓴᖅᓯᑦ ᐊᒻᒪ ᐊᐅᓚᑦᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓯᑦ ᐱᓕᕐᓂᐊᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᐃᓇᓱᑦ ᐊᒻᒪ ᐊᐅᓚᑦᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓯ

1.3 ᐱᓕᓐᔨᐊᑎᓗᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᓂ

ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑎᒪᓗᒋᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓪᓚᕆᓂᖅ, ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᓐᓂᖅ ᐊᑐᐊᓘᓐᓃᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑲᓐᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦ

- ᓴᖅᑭᖑᓂᕐᒥᔪᓂᑦᑐᓂᒃ ᐊᖏᕐᓂᒃᑯᑦᓯᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᒃ ᐱᓕᕆᔨᑦ ᓴᓇᔨᓯᓚᐅᖅᑎᓇᖅᑐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᓕᖅᑎᑦᑎ

1.5 ᓄᓇᕗᑦᑐᖅᓯᒪᔨᓄᑦ ᐅᑎᕐᓄᑦ ᓱᓇᓐᓂᒃᑲᐊᕐᓇᖅᑐᓂᓚᓐᓂᖏᑦ ᐱᓕᕆᔨᓴᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᑦ ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᓄᑦ

ᑖᒃᓇ ᓇᓗᐃᔪᓐᓇᐅᑎ ᓴᖅᑭᑎᑎᕐᓂᐊᑕᐅᔪᖅ ᑕᕐᓂᒪᓄᑦ ᐊᑐᖏᒍᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑐᖏᒍᑦᑎᓯᒪᔪᑦ ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᓴᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦᑐᖅᓯᒪᔨᓄᑦ ᐅᑎᕐᓄᑦ ᓱᓇᓐᓂᒃᑲᐊᕐᓇᖅᑐᓂᓚᓐᓂᖏᑦ ᐱᓕᕆᔨᓴᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᑦ.

ᐊᑐᖏᒍ	ᐊᒥᓱᑎᑦᓯᓚᐅᖅᑐᑦ (ᑭᓪᓕᕆᔨᒃᑯᑐᓂ)
1999-00	2
2000-01	11
2001-02	15
2002-03	15
2003-04	15
ᓄᑎᑦᑐᑦ	**58**

1.6 ᑐᖃᖏᓚᐅᔨᓴᑦ

ᑖᒃᓇ ᓄᓇᕗᑦᑐᖅᓯᒪᔨᓄᑦ ᐅᑎᕐᓄᑦ ᓱᓇᓐᓂᒃᑲᐊᕐᓇᖅᑐᓂᓚᓐᓂᖏᑦ ᐱᓕᕆᔨᓴᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᑦ ᐅᓪᓗᕆᓯᓚᕐᓇᓚᕐᓂᐊᑕᐅᓇᓱᐊᕐᓇᖅ ᒥᓴᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐅᑎᕐᓄᑦ ᓱᓇᓐᓂᒃᑲᐊᕐᓇᖅᑐᓂᓚᓐᓂᖏᑦ, ᐊᑎᒪ ᖃᓄᐃᓐᓇᕆᔨᓚᕐᓇᓂᑦᑎᓯᒪᔪᑦ ᐱᓪᓚᖃᓚᕐᓂᑦ ᓄᓇᕗᑦᑐᖅᓯᒪᔨᑦ ᓱᓇᓐᓂᒃᑲᐊᕐᓇᖅᑐᓂᓚᓐᓂᖏᑦ ᐊᑐᓂᐊᑦ ᐱᓗᐊᓂᕐᓂᖏᑦᑐᑦ ᓄᓇᕗᑦᑐᖅᓯᒪᔨᓄᑦ ᐃᓚᖓᔪᓐᓇᐅᑎᓂᒃ ᐅᓂᒃᑳᖅ:

- ᐊᑦᓚᐃᑦ ᐊᒻᒪᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᖅᑎᑐᐃᓐᖏᓐᓂᖅ ᐅᑭᐅᓕᕐᓂᑦ;
- ᑕᒪᔭᐊᑏ ᓄᓇᖃᖅᑐᑦ ᐊᑦᓚᐃᑦ ᓄᓇᔨᒪᓂᖅᓂᒃ, ᐅᑭᐅᓕᕐᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕐᓂᒃ, ᐅᑭᐅᓕᕐᓂᑦ ᐊᑦᓚᐃᑦ ᓄᓇᕐᓂᒃ ᓱᓕᑎᒥ, ᓄᓇᓕᕆᔨᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥᓕᕐᓂᑦ;
- ᐊᑦᓚᖏᓚᓕᐊᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᑦ ᐊᑦᓚᖏᓚᓕᐊᑦ ᓄᓇᕐᓂᒃ, ᐃᓄᐃᒃᓴᖏᓐᓂᒃ ᐅᑭᐅᓕᕐᓂᑦ ᓄᓇᓕᕆᔨᓴᒃ;
- ᐊᑦᓚᐃᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᑦ ᐊᑦᓚᐃᑦ ᓄᓇᔨᒪᓂᖅᓂᒃ ᓇᓕᐊᓂᑐᐃᓐᓇᕐᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓄᐃᒃᓴᖏᓐᓂᒃ ᐅᑭᐅᓕᕐᓂᑦ ᓄᓇᓕᕆᔨᓴᒃ;
- ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖃᖅᑐᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᕐᓂᑕ ᐅᑭᐅᓕᕐᓂᑦ ᓄᓇᓕᕆᔨᓴᒃ; ᐊᑎᒪ,
- ᐃᓕᓴᕆᔨᒃᑲᓇᑕᖅᑐᖅᓂᑦᑐᑦ ᐊᑦᓚᐃᑦ.

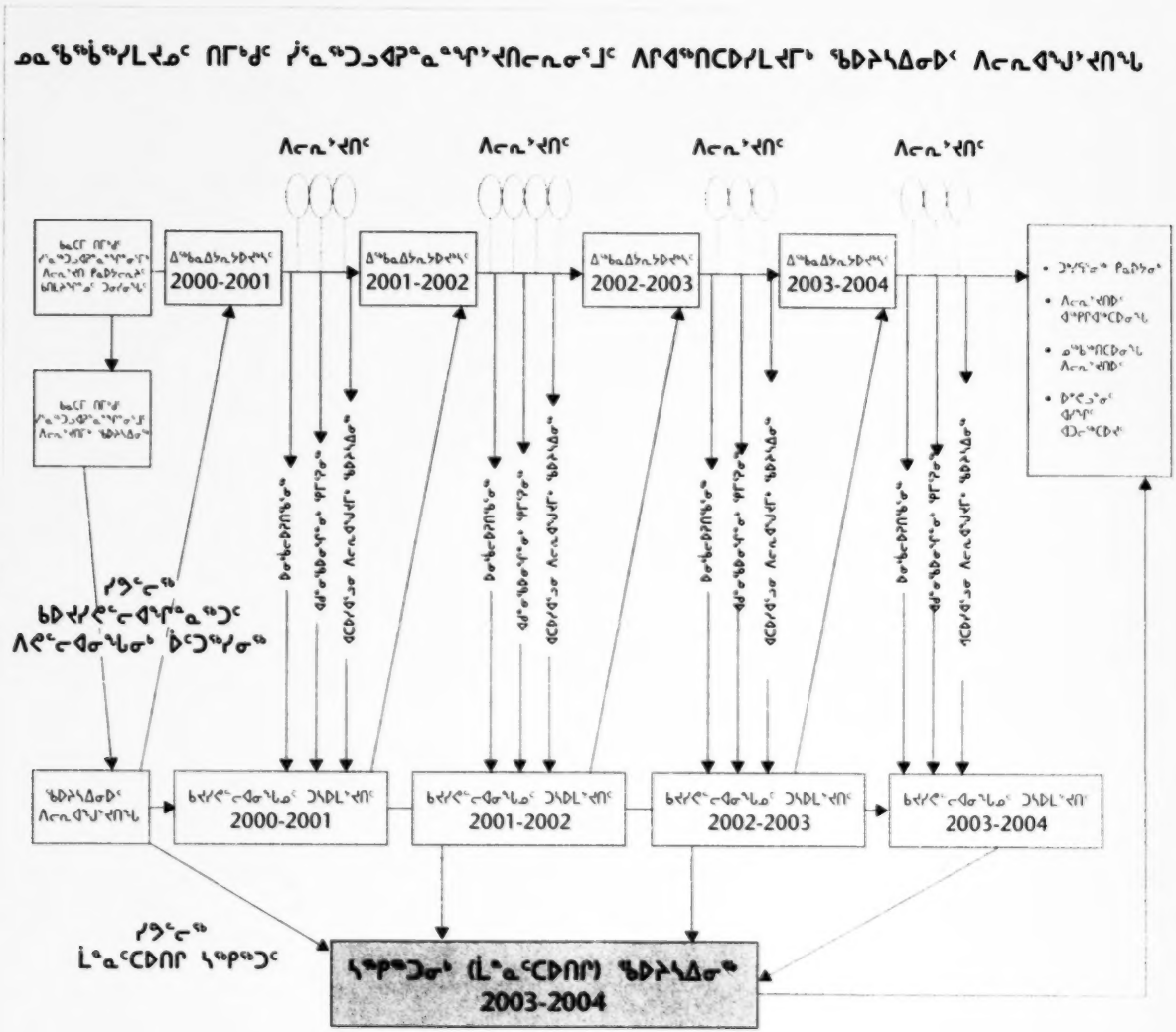
1.7 ᐱᓕᕆᔨᒃᑑᑦ ᐊᑐᓕᖅᑎᑎᒋᔭᖅᓴᖅ ᐊᖏᒪ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᐳᔨᒋᔭᖅᓴᖅ

ᑭᓇ ᓄᓇᕗᑦᑲᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑎᑎᕗᑦ ᓯᓚᖓᑐᓪᓗᐊᕐᓇᖅᑐᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᑎᐊᖅᑎᑕᐅᓯᔪᓐᓇᖅ ᑕᒪᓕᒪᓄᑦ ᐊᖏᔪᓐᓇᐱᑐᖅᓴᖅ. ᑲᓇᑕᒥᐸᑦ ᓄᓇᕗᑦᑲᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑎᑎᕗᑦ ᓯᓚᖓᑐᓪᓗᐊᕐᓇᖅᑐᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᑎᐊᖅᑎᑕᐅᓯᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑎᑦᓴᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᓴᖅᑭᑦ ᐊᖏᔪᓐᓇᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑎᑦᓴᓂᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᐳᔨᒋᔭᖅᓴᖅ ᐊᖏᔪᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᐳᔨᒋᔭᖅᓴᖅ ᑎᑎᕗᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᐳᔨᒋᔭᖅᓴᖅ ᐊᖏᔪᓐᓇᖅᑎᑕᐅᓯᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᐳᔨᒋᔭᖅᓴᖅ ᐊᖏᔪᓐᓇᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᖏᒪ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑉᐳᔨᒋᔭᖅᓴᖅ ᑎᑎᕗᑦ ᓯᓚᖓᑐᓪᓗᐊᕐᓇᖅᑐᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᖏᔪᓐᓇᖅᑎᑕᐅᓯᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᖏᒪ ᐃᓕᑕᐅᔾᔨᖅᑎᑕᐅᓯᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᓪᓚᑐᓂᖅᑐᑦ ᐊᓂᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᖏᔪᓐᓇᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᖏᒪ ᐃᓕᑕᐅᔾᔨᖅᑎᑕᐅᓯ

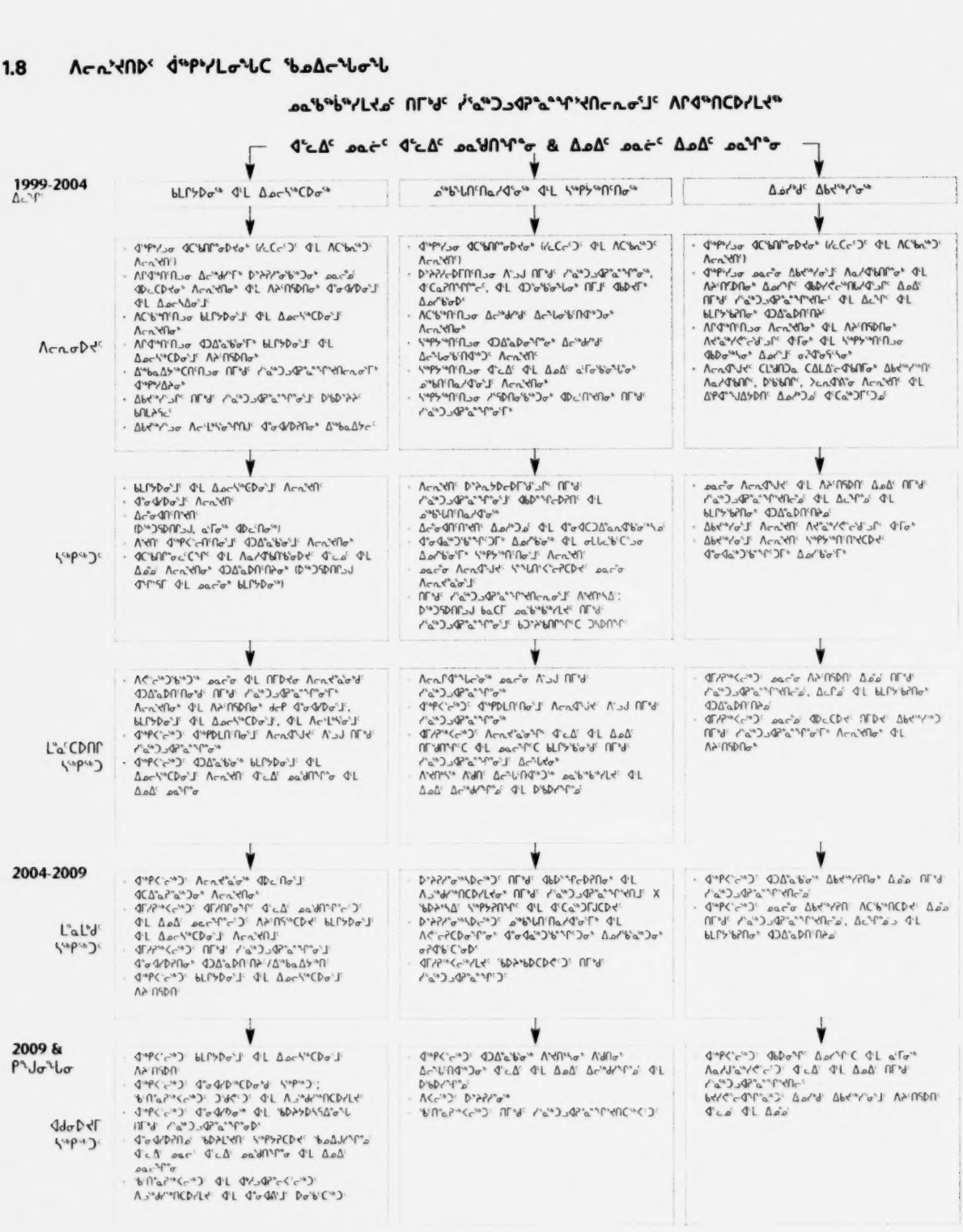
ᐊᑦᓚᐃᓪ ᓄᓇᕗᑦᓂᒥᑎᐅᑦᓯᑦᑐᓄᓪ ᓄᓇᖅᑲᖅᓯᒪᔪᓄᓪ ᐊᖏᒪ ᓄᓇᓕᒫᕐᓂᐊᓕᓪ ᐃᓄᓐᓄᓪ ᐊᑐᓕᑦᑕᐃᓕᓕᒫᖅᓯᓕᒫᓄᓪ ᐊᖏᒪ ᓴᖅᑭᑲᖅᓂᕆᓂᕐᓗᓪ ᐱᓕᕆᔨᖅᑎᑦ.

ᐊᑦᓴᐃᓐᓂ ᐱᖓᓱᔪᐊᓐᓂ ᐊᖏᒪ ᑎᖏᒪᖓᓐᓂ (2001/2002 ᐊᖏᒪ 2002/2003), ᐊᒥᓱᑦ ᐱᓕᕆᔨᖅᑎᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓱᒪᔪᓄᑦ ᐊᑦᓴᐃᓄ ᐊᐃᔪᖏᑉᐳᓚᐅᖅᑐᓂᖅ ᑲᔪᓯᑎᑕᐅᑎᖓᓂᖅᓴᓕᒫᓂᑦ, ᐱᑕᖃᓂᒃᑯᑦ ᓴᖅᑭᑎᑦᑎᓯᓐᓂᒃᑯᓐᓂᖅ ᐱᓕᕆᐊᓕᒪᓕᕐᓂᓄᑦ ᐊᖏᒪ ᐅᓂᖅᑲᖅᑕᐅᑎᖓᓂᖅᓴᓕᒫᓂᑦ ᐱᓕᕆᐊᓕᒫᓂᖅᓄᑦ. ᐱᓕᕆᔨᖅᑎᓂᒃᑯᓪ ᐃᓚᓪᓕᐅᕐᓴᐅᑎᖓᓂᖅᓴᓕᒫᓂᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᑎᑎᖓᓂᖅᓴᓕᒫᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᐊᑐᓕᑦᑕᐃᓕᓕᒫᖅᓯᓕᒫᓂᑦ.

ᐊᑦᓴᐃᒥ ᑕᓪᓕᒧᓐᓂ (2003/2004), ᐱᓕᕆᔨᖅᑎᑦ ᓴᖅᑭᑎᑦᑎᓯᓐᓂᒃᑯᑦ ᐱᓕᕆᐊᓕᒪᓕᕐᓂᓄᑦ ᐊᖏᒪ ᐅᓂᖅᑲᖅᑕᐅᑎᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᐱᓕᕆᔨᖅᑎᑦ ᐊᖏᒪ


2000-2001
2001-2002
2002-2003
2003-2004
2000-2001
2001-2002
2002-2003
2003-2004
2003-2004

1.8 ᐱᓕᕆᔨᖏᑦ ᐊᖏᑭᓯᒪᓂᖅᓯᒪᔪᓂᖅ ᖃᓄᐃᓕᓐᓂᔪᓂᖅ



ᓄᓇᕗᑦᑐᖓᓯᒪᔪᓂ ᑎᒥᖅ ᓯᓚᐅᑉᓯᓚᐅᑭᐅᓇᖅᑐᓴᓂᓕᒫᓂᒃᓯᒪᓕᒃᑐᑦ ᐱᒋᐊᖏᑎᑕᐅᑎᓯᒪᔪᖅ
ᐊᑦᓯᓐᓇᓕᒃ, ᐊᑦᓚᐃᓂ ᓄᓇᕗᑎᒃᑐᓄ ᓄᓇᖅᑐᖓᓕᑦᑐᓂ ᓄᓇᖅᑐᖓᓯᒪᔪᖅ & ᓄᓇᓕᕆᔨᕗᑎᑕᐃᓂ ᐃᓄᐃᓂ
ᓄᖅᑲᓇᑎᓂᑎᓇᓯᐊᕐᓂᖅ ᐊᑦᓚ ᓴᖅᑭᔭᖖᖅᑎᓂᑎᓄᖅ
1999-2004
ᐃᓕᓴᕐᓂ
ᓄᖅᑲᓇᑎᓂᑎᓇᓯᐊᕐᓂᖅ ᐊᑦᓚ ᓴᖅᑭᔭᖖᖅᑎᓂᑎᓄᖅ
ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓂ
ᐊᑦᓯᑭᓯᓗᓂᓄᓗᓂ ᐊᑕᐅᖓᓄᖅᑐᓂᖅᓄᖅ (ᓯᓚᑦᑕᓕᓂᑦᑐᓂ ᐊᑦᓚ ᐱᑕᐅᖓᓄᖅᑐᓂ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓂ)
ᐅᓇᐅᓯᓚᐅᒪᑎᑎᑎᓇᓗᓂ ᐱᓪᓗᑎ ᐅᑎᓯᓚᐅᑭᐅᓇᖅᑐᓂᖅᓄᖅ, ᐊᑦᑕᓇᓂᐊᖅᓯᓂᑦ, ᐊᑦᓚ ᐊᑐᓂᓄᖅᓱᓂᓄᖅ ᐅᑎᒍᑦ ᐊᖏᐅᓂᖅᓄᑦ ᐃᓄᓐᓄᖅᓱᓂᑦ
ᐱᒋᐊᖏᑎᑕᐅᑎᓯᒪᔪᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓄᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓄᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓄ

2.0 ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯ

ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅ ᐱᓯᔪᓴᐅᔭᖅ ᐊᐅᓚᑎᑎᑦᓯᒪᔪᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓐᓇᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᐅᓯᒪᔪᖅ. ᑕᒪᐃᖅᑲᐅᖅᑐᑐᒃ, ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅ ᑲᒪᒋᔭᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᓂᔪᓐᓇᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓐᓂᒃ. ᐱᓪᓗᒍ, ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔪᖅ ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᓯᒪᔪᖅ ᐊᑐᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓐᓇᖅ ᐊᐅᓚᑎᑎᑦ

- **ᐊᒥᓱᓕ ᐃᓕᑐᐃᓕ** - ᐁᓐᓂᐊᓇᓐᓂᑦᑐᓕᓴᕐᓄᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑕᐅᓯᑐᐃᓇᐅᓐᓄᑦ ᐊᒥᓱᓄᑦ ᐃᓕᑐᐃᓇᓄᑦ ᐃᓱᓕᑐᐅᑭ ᐱᓕᕆᔨᐃᑦ ᑭᒪ ᐊᑐᐊᒡᓗᑎᓄᑦ ᓄᑕᖅᑎᑦ ᖃᓄᐃᓐᓂᑦᑕ ᑲᓇᑕᒥᑎᑦ.
- **ᐸᓪᓕᖅᓴᖅ ᑐᓴᖅᓯᐃᐅᑦ ᑭᒪᒪ ᐱᔨᑎᑎᓴᐃᑦ** - ᐁᓐᓂᐊᓇᓐᓂᑦᑐᓕᓴᕐᓄᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐸᓪᓕᖅᑐᐊᑦ ᑐᓴᖅᓯᐃᐅᑦ ᑭᒪᒪ ᐱᔨᑎᑎᓴᖅ ᐱᓕᕆᔨᕐᓂᖅ ᐊᒥᓱᐊᑐᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖅ ᐊᓕᕆᔨᕐᓂᖅ ᐃᓕᑐᐃᓇᖅ ᐅᓂᒃᓴᖅᑎᑦ ᐊᒥᓱᐊᑐᓂᖅ ᐊᑐᐊᒡᓗᑎᓄᑦ ᐊᒥᓱᐊᑐᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖅ

ᐊᐃᑦᑐᖅᓯᒪᔨᓕᕆᔨᖅᓯᓗᒃᑐᑦ (ᓄᓇᕗᓂᑦ, ᐊᐃᑦᑐᖅᓯᒪᔨᓂᑦ ᐱᒻᒪ ᑲᓇᓕᒫᒥᑦ), ᑲᓇᑕᒪᔭᕐᓗᓂᔭᐃ ᑕᕐᓕᒪᓂᑦ ᐱᖓᓱᐃᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᐳᐊᑦ.

- **ᐊᑕᖏᑎᒃᑲᓇᕐᓂᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃ ᐅᓪᓗᐃᑦ ᐱᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᖏᓂᖅᖢᖏᓐᓂ ᐱᒻᒪ ᓄᓇᕗᓂᒃ ᓇᓕᓐᓂᒃ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓂᒃ** – ᓄᓇᖅᑲᖅᓯᒪᔨᓄᑦ ᑎᒥᖅᑯᑦ ᓯᓚᖅᑐᓴᐅᒪᓐᓇᖅᑐᓕᕆᓂᖅᓴᓕᑦ ᐱᓕᕆᓂᐊᑕᐅᓯᒪᔨᖅ ᐱᓕᕆᑕᐅᔭᖅ ᑭᓇᐅᔨᖅᑎᑎᓂᒥᑦᑐᒃ ᓇᓗᓇᐃᖅᓯᒪᓕᒫᓂᖅ ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᑦ. ᖃᖅᑎᑐᐃᓐᓇᑎᑦᑎᓐᓄᑦ, ᐊᒥᓱᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓕᕆᔨᑦ ᐊᑐᕐᓂᖅᓯᒪᔨᓄᑦ: ᐅᖅᑐᕐᕿᐅᑎᓂᑐᓄᑎ ᐅᓪᓗᐃᑦ ᐱᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᖏᓂᖅᖢᖏᓐᓂᒃ ᐱᒻᒪ ᓄᓇᕗᓂᒃ ᑲᒪᒋᔭᖏᑦᑐᓂᒃ ᐱᒻᒪ ᓄᓇᖃᖅᑐᖅᓯᒪᔨᓄᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓂᒃ. ᑕᒪᓐᓇᑦᑎᐊᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦᑎᓐᓄᑦᑐᓂᒃ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᓂᒃ ᐊᑐᕐᓂᖅᓯᒪᔨᓄᑦ

2.2 ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᒃᓯᒪᓂ ᐊᓯᖏᓐᓂᐅᔪᓂ

ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᒃᑲᖅᑕᓂᐊᕐᓗᓂ ᑎᓴᒪᓂ ᐊᓯᖏᓐᓂᐅᔪᓂ ᐅᕝᕙᓗᓂ ᐊᒥᕐᕿᓯᓚᐅᕐᓯᒪᓂᐅᔪᓂ ᑲᑎᑎᖅᑕᐅᔪᓂ.

- ᓄᓇᓕᒃ;
- ᐊᓕᓴᐃᓕ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ;
- ᐊᓕᓚᓄᓕ ᐊᑦᒪ ᐃᓄᖅᓄᓕ ᐊᖅᓂᖅᓯᐊᓕᓐᓂᑦᑐᓚᐅᖅᓯᒪᔪᓕ ᐊᐃᓴᑦᑐᖅᓯᒪᔪᓕ; ᐊᑦᒪ,
- ᑲᓇᑕᒥᐅᑎᒥ.

ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᒃᓄᓕᒃ ᑲᑎᑎᖅᓯᒪᔪᓕ ᑲᑎᑎᖅᑕᐅᔪᓂᖅᓯᒪᔪᓕ ᐃᑲᔪᖅᓯᓴᓗᑎᒃ ᖃᒥᑦᑭᔾᔪᑎᒃᓂᓂᒃ ᑕᐃᒪᐃᖅᓂᒃ ᑕᓯᐊᓄ ᑎᓴᒪᓂᐅᔪᓂ. ᐱᓕᓴᐅᑎᑎᒃᓂ ᐊᑐᑎᑎᓂᓄᐃᓚᓂ ᐊᑦᒪ ᑕᒪᐅᓂᓴᑦᓚᓂ ᑕᓯᓄᐊ ᓄᓇᖃᖅᑐᓂᓚᓂ ᐃᓄᐃᑦᑐᓂᓚᓂ ᐊᒥᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓕᒃ, ᓇᓕᐊᑦᑕᑦᓂᖅ ᑲᑎᑎᖅᓯᒪᔪᓕᓂᒃ ᐱᒋᐊᕐᓇᖅᑐᖅ ᐃᒪᐃᓕᓂᒃ ᐊᑐᔪᓂᖅᓯᒪᔪᓕᓂᒃ ᐊᑦᒪᓂᖅᓯᒪᔪᓕᓂᒃ ᐊᑦᒪᓂᖅᓯᒪᔪᓕᓂᒃ ᐊᑐ

- ᐃᓕᖅᓴᓂᖅ - ᐱᓕᓐᔪᐊᑎᑦ ᐃᓕᓴᒃ ᓯᓕ ᐱᑕᖅᓱᐊᖅᑐᓕᕆᓚᐅᑉᓯᒪᓐᓇᑦ;

- ᑲᔪᓯᓐᓕᕐᓂᓂᖅ/ᑲᔪᓯᓐᑎᐊᖅᓂᖅ - ᖃᓄᐃᑎ ᐱᓕᓚᐊᖅᔭᔪᑦ ᐊᑦᒪ ᓴᖅᑭᖅᑐᑦ ᓴᖅᑭᓯᓐᓕᕐᓂᑕᑕᐅᓯᒪᓕᒫᑉᓯᒪᓐᓇᑦ ᓇᓗᓇᐃᖅᓯᕐᒪᓕᔪᓄᑦ ᐱᓕᓐᔪᐊᑎᑦ ᕿᖏᓚᐅᖅᑐᓕᕐᓂᑐᒃᓯ;

- ᐊᑐᓕᖅᑎᓂᐅᓂᖅ & ᐊᐅᓕᓂᐅᓂᖅ - ᖃᓄᐃᑎ ᐊᑐᓕᖅᑎᓂᐅᓂᖅ ᐊᑦᒪ ᐊᐅᓕᓂᐅᓂᖅ ᐃᓕᓐᓴᑎᐊᓕᐅᑉᓯᒪᓐᓇᖅᑎᑦ ᐊᑦᒪ ᐱᔪᒪᓂᕆᑕᐅᓯᒪᓕᒫᑉᓯᒪᓐᓇᑦ ᓴᖅᑭᖅᑐᑐᓄᓪᓕᑦ; ᐊᑦᒪ,

- ᐊᑭᑐᓗᒍᓐᓇᓂᓐᓂᑦ - ᐊᑭᐅᔪᑦ ᐃᓕᓐᓴᔪᑦ ᑕᒪᐃᓐᓄᑦ ᐃᓕᓴᐃᑦ ᓴᖅᑭᖅᑐᑐᓄᓪᓕᑦ.

ᓄᓇᖅᑲᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑎᒥᐅᑦ ᓯᓚᖅᑐᑐᓗᑭᓐᓇᖅᑐᒥᔪᓂᓕᕆᓂᖅᓴᓕᓐᓂᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᐅᑦ ᐊᐱᖅᓄᑐᐃᓐᓇᐃᓕᑦ ᐃᓕᓐᓴᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᑕᕐᓄᐃᓐᓇᑦ ᐊᑐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓄᑦ, ᐃᓕᖅᑲᔪᓐᓇᑎ ᐱᓪᓗᐊᖅᔪᓗᑭᓂᖅᓂᐅᓕᖅ ᓇᓗᓇᐃᖅᓯᕐᒪᓂᐅᓕᖅ, ᓴᖅᑭᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᕿᖏᓚᐅ ᓇᓗᓇᐃᓕᖅᓯᕐᒪᓕᖅ ᐃᓕᓐᓴᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᐊᑐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐃᓕᓐᓴᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᐊᑦᒪ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᐅᑦ ᓴᖅᑭᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᑦᒪᓗ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᐅᓂᖅ ᕿᓂᖅᓴᓂᐅᑉᓯᒪᓐᓇᑦ ᓴᖅᑭᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᑦᒪ ᐃᓕᓐᓴᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᐊᑐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐃᓕᓐᓴᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᐱᓕᓐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐊᑐᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐃᓕᓐᓴᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᑎᒥᐅᑦ 2.4-ᒥ.

ᐱᓕᕆᔨᒃ–ᓄᖅᑲᖅᓴᓄ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᐊᐱᖓᔪᓂᖅ

ᐃᓕᓴᕐᓗᐊᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᐊᐱᖓᔪᓂᖅ	ᓇᓗᓇᖅᓯᐅᔨᓂᖅ	ᐱᓕᕆᔨᒃ/ ᑲᑎᑎᖅᓯᒪᓕᕆᓂᖅ ᐱᓇᑦᑎᐊᓂᖅ	ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᕿᓚᒋᓐᓂᐅᔨᓂᖅ
1. ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᖃᖅᑐᖅ • ᖃᓄᐃᑎ ᓇᓕᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕆᓂ ᑎᒥᐅᓂ ᓯᓚᖅᑐᓄᐊᕐᓯᐅᓇᓱᓂᖅᓯᒪᓂ ᐱᓕᕆᔨᒃᑐᑎᑦᓯᒪᔨᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕆᓂ ᐱᓕᕆᓂᕐᓂᐅᓂᖅ ᑎᒥᐅᓂ ᓯᓚᖅᑐᓄᐊᕐᓯᐅᓇᓱᓂᖅᓯᒪᓂᖅᑎᑦ ᐅᓪᓚᒥᐅᓂ, ᐊᒻᒪ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᓕᕆᓂᖅᑎᑦ ᐊᑕᖃᓂᖅᑐᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᒻᒪ ᐊᑕᖃᓂᖅᓯᒪᔨᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕆᓂ ᑎᒥᐅᓂ ᓯᓚᖅᑐᓄᐊᕐᓯᐅᓇᓱᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕆᓂ ᐊᒻᒪ ᐃᓚᖓᑦ ᐊᑕᖃᓂᖅᑐᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᒻᒪ ᐊᑕᖃᓂᖅᑐᓂᖅᓯᒪᔨᖅ ᑎᒥᐅᓂ ᓯᓚᖅᑐᓄᐊᕐᓯᐅᓇᓱᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕆᓂ ᐊᒻᒪ ᐃᓚᖓᑦ ᐊᑕᖃᓂᖅᑐᓂᖅᓯᒪᔨᖅ ᐊᒻᒪ ᐃᓚᖓᑦ ᐊᑕᖃᓂᖅᑐᓂᖅᓯᒪᓂ

2.4 ᐃᓕᓴᐃᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐱᖓᓂᑦ ᑭᒪᒃ ᓇᓗᓇᐅᖏᓐᓄᑦ

ᖃᒪᓕᕆᔨᐅᓚᖅ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᓕᓴᕐᑕᐅᓚᖅ

ᐃᓕᓴᐃᓗᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐱᖓᓂᑦ	ᓇᓗᓇᐅᖏᓐᓄᑦ	ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ/ ᑲᑎᒪᖏᓪᓗᓂᖅ ᐱᐊᐃᓂᖅ	ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᐳᓚᕆᓚᐅᖅᑎᑦ
ᓄᓇᖃᖅᑲᖏᓪᓗᒍᓂ ᑎᒥᖅᓯᒪᔪᑦ ᓱᓇᐅᑐᐃᓇᖅᑐᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᑕᖃᓂᒃᑯᑦᓯᒪᔪᑦ ᐊᑐᐊᖅᑎᑕᐅᔪᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᑐᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᖅᓯᒪᔪᑦ ᓱᓇᐅᑐᐃᓇᖅᑐᖅᓯᒪᔪᓐᓇᖅᑐᑦ?	• ᐊᒥᓱᓕᕐᓂᖅᓱᒪᓂᑦ ᑭᒦᐃᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᓕᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᑕᐅᔪᑦ ᑎᒥᖅᓯᒪᔪᑦ ᓱᓇᐅᑐᐃᓇᖅᑐᖅᓯᒪᔪᑦ ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᑕᖅ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᓕᑦᓯᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ • ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᑭᒦᐃᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ • ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᑭᒦᐃᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔪᑦ • ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᑭᒦᐃᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓚᐅᖅᓯᒪᔪᑦ ᑭᒪᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕ

ᓄᖅᑲᖏᑦᑎᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᐊᒻᒪ ᓴᖅᑭᑲᖅᑎᑦᑎᓂᖅ

ᐃᓕᓴᕐᓇᐊᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᕐᒧᑦ ᐊᐱᖅᓯᒪᑦ	ᓇᓗᓇᐅᑦᓯᐊᕐᓂᑦ	ᐱᓕᕆᔨᓱᒃ ᑲᑎᑎᖅᑯᓯᓚᐅᔪᓂᖅ, ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ	ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᕐᒧᑦ ᕿᓚᒻᒥᐅᓂᖅ
ᓄᓇᖃᖅᑲᖅᓯᒪᔪᓂ ᑎᑎᕐᒥᑦ ᓱᓇᐅᑉᑐᓵᐊᕈᓐᓇᕐᓂᐊᕐᓇᖅᑐᓂᖅᓴᓕᒃ ᐱᒋᐊᖅᑎᑦᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᑕᒪᐃᓐᓂ ᐊᖏᔪᑦᓂᕈᑕᐅᓯᒪᔪᓂ ᐅᑦᓯᐅᓱᓐᓂᖅᓴᓕᒃ ᑎᑎᕐᒥ ᓱᓇᐅᑉᑐᓵᐊᕈᓐᓇᕐᓂᓂᖅᑎᑦ, ᐊᑐᑕᓄᑦᓯᐅᓂᖅ, ᐊᒻᒪ ᐊᑐᓂᖅᖃᓂᒪᓂᖅ ᑎᑎᓕᒃ ᐊᖅᑲᐅᓪᓛᑦ ᐃᓄᓐᖅᖃᓂᖅ?	• ᐱᓕᕆᔨᓱᒃᓯᒪᓪᓚᑦ ᐅᑦᓯᐅᓱᓐᓂᖅᓴᓕᒃ ᓄᓇᕐᓂᓂᖅ ᑎᑎᐅᓪᓛᑦ • ᐱᓕᕆᔨᓱᒃᓯᒪᓪᓚᑦ ᐅᑦᓯᐅᓱᓐᓂᖅᓴᓕᒃ ᑕᒥᓪᓚᑦ, ᐊᑦᓯᒪᔪᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ • ᐅᑦᓯᐅᓱᓐᓂᖅᓯᑦ ᐱᑕᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦᓴᓕᒃᓯᒪᓪᓚᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓴᓕᒃ	• ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓴᓕᒃ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᑕᓄᑦᓯᐅᓱᓐᓂᖅᓴᓕᒃ •

ᐃᓅᓯᒃᑯᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᕐᓂᖅ

ᐃᓕᖅᑲᐅᓯᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᕐᒧᑦ ᐊᐱᖅᑯᑎᑦ	ᓇᓗᓇᐃᖅᓯᔾᔪᑎᑦ	ᐱᓕᕆᔾᔪᓯᖅ/ ᑲᑎᖅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐱᐱᐅᔪᑦ	ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᕐᒧᑦ ᐅᓯᒋᓐᓂᐅᔪᑦ
ᓱᕐᕋᐅᑎᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓕᓐᓚᓂᖅᑲᖅᑐᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᓐᓂᕐᒥᒃ ᐃᑲᔪᖅᓯᓂᕐᒧᑦ ᐱᓕᕆᔾᔪᑎᑦ ᐊᒻᒪ ᐱᔾᔨᑎᕋᐅᑎᑦ ᐱᒋᐊᖅᑕᐅᓯᒪᕙᑦ?	• ᓈᓚᓐᓂᑦᑎᐊᖅᑐᓂᒃ ᐊᐅᓪᓚᖅᑎᑦᑎᓂᖅ ᓄᓇᖅᑲᖅᑳᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓪᓗᓂᕐᒧᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ-ᓴᖅᑭᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐱᓕᕆᐊᖑᔪᓂᒃ • ᑕᐃᒪᐃᓪᓗᐊᖅᑭᔅᓯᖕᓄᑦ ᕿᒥᕐᕈᓇᖅᑕᐅᓂᖏᑦ ᐊᐅᓂᖅᑲᓂᖏᑦᑕ ᐊᒻᒪ ᐃᓕᓐᓚᓂᖅᑲᓂᖏᑕ ᐱᓕᕆᔾᔪᑎᑦ ᐊᒻᒪ ᐱᔾᔨᑎᕋᐅᑎᑦ ᓴᖅᑭᑕᐅᓯᒪᔪᑦ	• ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᓂᖏᑦ ᐱᓕᕆᔾᔪᑎᒃᑯᑦ ᑲᑎᖅᓯᒪᔪᑦ • ᑐᓴᕐᓇᓕᑦ ᐱᓕᕆᔾᔪᑎᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᑎᔾᔪᓂᑦ, ᐱᓕᕆᐊᖑᔪᒥᒃ ᓴᖅᑭᑦᑎᔪᓂᑦ, ᓄᓇᖅᑲᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᖁᑎᖏᓐᓂᑦ	• ᑲᓇᑕᓕᒫᒥ • ᐊᕕᑦᑐᖅᓯᒪᓂᕐᒥ • ᐊᓪᓚᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ • ᓄᓇᓕᓐᓂ
ᐋᖅᑭᒃᓴᖅᓴᑦ ᐃᓅᓯᖏᑦ ᐊᓪᓚᐃᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓖᑦ ᐱᑕᖃᓐᖏᓚᖅ ᓄᓇᖅᑳᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓪᓗᓂᕐᒧᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔫᑦ?	• ᐋᖅᑭᒃᓴᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᓚᓇᖅᑲᓂᖓᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᕆᓂᒃ ᐱᔾᔨᑎᕋᐅᑎᓂᒃ ᐃᓖᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓖᑦ, ᐃᓚᖏᑕᓗ ᐊᒻᒪ ᑲᒪᒋᔭᖃᕆᓂᒃ ᐊᐅᓚᓇᐅᑎᑦᑎᔾᔪᑦ • ᐃᑲᔪᖅᓯᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᐊᖃᑎᒋᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᕗᑦ ᓄᓇᓕᓐᓂ	• ᑲᓇᑕᒥ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓃᓚᐃᓕᕚᓕᐊᓂᖕᒥ ᖃᐅᔨᓴᕈᑎ/ᐊᓪᓚᐃᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᐋᓂᐊᖅᑲᓂᖕᒋᓐᓄᑦ ᑐᓴᐅᒪᔾᔪᑎᓕᕐᔪᑎ • ᑐᓴᕐᓇᓕᑦ ᓄᓇᖅᑳᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᖁᑎᖏᓐᓂᑦ • ᐊᐱᖅᓱᖁᑦ ᐊᒻᒪ ᑐᓴᕐᓇᓕᑦ ᐃᓅᓂᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓕᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᑲᒪᒋᔭᖃᕆᓂᒃ ᐊᐅᓚᓇᐅᑎᑦᑎᔾᔪᓂᑦ	• ᑲᓇᑕᓕᒫᒥ • ᐊᕕᑦᑐᖅᓯᒪᓂᕐᒥ • ᐊᓪᓚᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ • ᓄᓇᓕᓐᓂ
ᖃᓄᑎᒋ ᓄᓇᖅᑳᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓪᓗᓂᕐᒧᑦ ᐱᒋᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔪᖅ ᓴᖅᑭᔮᖅᑎᑦᑎᓯᒪᓕᕈ ᓈᒻᒥᓂ ᐱᓇᓱᐊᕈᓇᓂᒥᒃ ᐊᒻᒪ ᐊᐅᓚᑦᑎᓂᕐᒥᒃ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᓐᓂᕐᒥᒃ ᐊᓪᓚᓄᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓅᓄᑦ?	• ᐱᕚᓪᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᐅᓗᕆᐊᓇᖅᓯᓐᓂᒃᑯᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᓐᓂᕐᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᑎᓂᒃᑯᑦ ᐱᔪᓯᓂᒃ • ᐋᖅᑭᒃᓴᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᐅᓚᓇᖅᑲᓂᖅ ᐃᑲᔪᖅᓯᕆᓂᒃ ᐱᔾᔨᑎᕋᐅᑎᓂᒃ • ᐊᒥᓱᕈᖅᐸᓪᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᑕᖃᖅᑎᑦᑎᓂᖏᑦ ᐊᒻᒪ ᐊᐅᓚᓇᐅᑎᑦᑎᓂᖏᑦ ᓱᓇᒃᑯᑦ ᐊᒻᒪ ᐱᖁᑎᑦ ᐱᑕᖃᓇᐊᖅᑲᖅᑐᑦ ᓈᒻᒥᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦᑎᓂᕐᒧᑦ	• ᕿᒥᕐᕈᔭᐅᓂᖏᑦ ᐱᓕᕆᔾᔪᑎᒃᑯᑦ ᑲᑎᖅᓯᒪᔪᑦ • ᑐᓴᕐᓇᓕᑦ ᓄᓇᖅᑳᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᒻᒪ ᐃᓄᐃᑦ ᑎᒥᖁᑎᖏᓐᓂᑦ • ᐊᐱᖅᓱᖁᑦ ᐊᒻᒪ ᑐᓴᕐᓇᓕᑦ ᐃᓅᓂᑦ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᓲᕐᓇᖅᑐᓗᐊᕈᓐᓇᖕᖏᑦᑎᓕᓂᑦ ᐊᒻᒪ ᑲᒪᒋᔭᖃᕆᓂᒃ ᐊᐅᓚᓇᐅᑎᑦᑎᔾᔪᓂᑦ	• ᑲᓇᑕᓕᒫᒥ • ᐊᕕᑦᑐᖅᓯᒪᓂᕐᒥ

2.5 ᐱᓕᕆᔨᓯᔾᔪᑎᒃ ᐊᑦᑕ ᑲᑎᑎᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᐱᒪᓯᔾᔪᑎ

ᓇᒥᓕᒃ ᐊᔨᖏᓐᓄᑐᐊᖅᑐᑦᑕᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓕᕆᔨᓯᔾᔪᑎ ᐊᑦᑕ ᑲᑎᑎᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᐱᒪᓯᔾᔪᑎ
ᐊᑐᖅᑕᐅᔨᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᓕᒫᑦ ᑕᒪᑐᒥᖓᓕᒫᑦ ᐱᑎᑕᖅᑎᑦᑎᓂᖅ ᑎᒥᖓ
ᓯᓚᖅᑐᓴᐊᑭᓚᖅᑐᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐱᑎᑕᖅᑎᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᑦᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ
ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖓᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔾᔪᑎᒃᓯᓂᖓᓕᒫᑦ ᑲᓇᑕᑦ ᑎᒥᖓᓄᑦ ᓯᓚᖅᑐᓴᐊᑭᓚᖅᑐᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ
ᐊᓕᖅᑐᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔾᔪᑎᒃᓯᓂᖓᓕᒫᑦ ᑲᓇᑕᑦ ᑎᒥᖓᓄᑦ ᓯᓚᖅᑐᓴᐊᑭᓚᖅᑐᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ
ᐊᑦᑕᑦᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ ᐱᑎᑕᖅᑎᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᑦᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ
ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ ᐱᑎᑕᖅᑎᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᑦᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ
ᐱᑎᑕᖅᑎᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᕐᓂᐊᓕᒫᑦ ᐱᑎᑕᖅᑎᑦᑎᓂᐊᓂᖓᓕᒫᑦ ᐊᑦᑕᑦᑎᓂᖅᓯᒪᔨᓂᖅ

- ᐅᓂᖅᑲᓕᐅᕐᓯᑎᑦ ᐃᓕᓴᐃᔪᓂᑦ ᐱᓕᓐᔨᐋᑎᓂᑦ ᑕᒪᓐᓇᐅᒃᑐᖅ ᑲᓇᑕᒥ ᑎᒥᖅᑯ ᓯᔾᔨᑐᑐᕐᓗᓂᑦᑎᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᑐᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᑐᖅ ᐃᓚᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᐃᔪᓂᑦ ᑲᑎᕐᓂᖅᓯᒪᔪᓂᑦ ᐃᓚᖅᑎᑦ ᐃᓚᖅᑎᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓐᓇᑦᓯᓐᓂᒃᓯ ᐃᓕᓴᐃᔪᓂᑦ; ᐃᓚᖅᑎᑦ,

- ᐃᓐᓇᔭᒡᒐᑦ ᐅᓂᖅᑲᓕᐅᕐᓯᑎᑦ ᑲᑎᕐᓂᖅᓯᒪᔪᓂᑦ ᑲᑎᕐᓂᖅᓯᒪᔪᓂᑦ ᓯᔾᔨᑐᑐᕐᓗᓂᑦᑎᓐᓂᒃ ᐱᓕᓐᔨᐋᑎᓂᑦ.

ᐱᓕᓇᐃᓐᓇᔨᔪᓂᑦ ᐊᑎᖓᓄᐃᑦ ᖃᑎᓂᐅᔨᓴᖅᓱᓐᓇᖅ - ᑕᒪᐃᑦᑕ ᐱᓕᓇᐃᓐᓇᔨᓂᑦ ᐱᑕᖅᑭᓂᐋᑦᓴᖅᑕᑯᓂᒪᑕᑕ ᐊᑎᖓᓄᐅᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐅᔨᓴᕐᓂᒃ ᐊᐃᑕᓂᖅᑎᑕᐅᕐᓇᖅᑐᓂᕐᓂᖅᓱᓐᓂᒃᓯ. ᑕᒪᐃᓄᐊ ᑕᐃᓕᐃᑦᑕᒃ ᑲᑎᕐᓂᖅᓯᒪᔪᓂᑦ ᐱᓕᓇᐃᓐᓇᔨᓂᑦ ᑐᑭᓯᐅᑦᑕᑎᑦ, ᐊᑭᓐᓴᕐᑎᑦᑕᑦ, ᑕᑯᓐᓇᖅᑐᑦ, ᐃᓕᓐᓂᐅᔨᓴᕐᓂᑦ ᐊᑎᖓᓄᐅᓂᒃ ᐅᑭᐅᓂᖅᑐᑦ, ᐊᑎᖓᓄᐅᓂᒃ ᐃᓕᓐᓂᐅᔨᓴᕐᓂᑦ ᐃᓚᖅᑎᑦ ᐃᓄᐃᑦ

**ᐊᒪᓐᓯᑎᑦ ᐃᓄᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᑕᐅᔪᓂᒃ ᓄᓇᖅᑲᓐᓯᒪᔪᓄᑦ ᑎᑎᕐᓂᑦ ᓯᓚᖅᑐᐃᓐᓇᕐᓂᖅᑐᑦ ᐱᕕᓂᖅᑐᑦ ᐊᒪᓐᓯᑎᓂᖅ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᔪᓂᒃ ᐱᓕᕆ

ᐊᑭᑭᓪᓕᓪᓕᐅᑎᔪᓂᓄᑦ ᖃᑎᖅᑐᓂᓄᑦ - ᐱᓕᕆᖏᓚᐅᔪᓂᖓ, ᐊᑭᑭᓪᓕᓪᓕᐅᑎᔪᓂᓄᑦ ᖃᑎᖅᑐᓂᓄᑦ ᐱᑕᖃᑕᐅᔭᕆᐊᖃᖅᓴᖅᓯᓄᑦ ᑲᑎᑎᖏᓚᕐᓗᓂᓄᑦ ᓄᐊᑕᐅᔪᓂᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓂᓄᑦ ᑲᑎᑎᖏᓚᕐᓗᓂᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓂᓄᑦ ᐅᓴᖅᓯᓕᕆᓂᖅ ᐱᓕᕆᖏᓚᐅᔪᓂᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓂᓄᑦ. ᐊᑭᑭᓪᓕᓪᓕᐅᑎᔪᓂᓄᑦ ᖃᑎᖅᑐᓂᓄᑦ ᐱᓕᕆᖏᓚᐅᔪᓂᖅᓯᓄᑦ ᐊᓂᔪᓂᖏᓚᕐᓗᓂᓄᑦ ᐊᑐᔪᓂᖏᓚᕐᓗᓂᓄᑦ ᐅᑎᓂᖏᓚᕐᓗᓂᓄᑦ ᐅᑭᑐᔪᓂᓄᑦ ᐱᓕᕆᖏᓚᐅᔪᓂᓄᑦ ᐊᑐᔪᓂᓄᑦ ᐱᓕᕆᖏᓚᐅᔪᓂᖅᓯᓄᑦ ᐱᓕᕆᖏᓚᐅᔪᓂᖅᓯᓄᑦ ᐊᑐᔪᓂ

3.0 ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᖅ

ᑭᓇ ᐃᓕᓐᓂ ᐱᑕᖃᖅᓯᖅ ᐊᑭᓚᐅᓂ ᓄᖃᖅᑲᖅᓱᒪᔨᓄ ᑎᒥᓄᑦ ᓯᓚᖅᑐᓗᐊᑭᓇᓚᐅᖅᑎᓯᒪᔪᓂᓕᓴᑦ ᐱᑎᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᒥᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᓄᑦ, ᓇᓗᓇᐃᖅᓯᒪᓂᕐᒥᓗ ᐱᓕᕆᖅᓯᐊᓂᖅᑐᓂᓄᑦ, ᐊᑐ ᐱᑕᖃᖅᑕᑦᑐᓂ ᐊᓯᖏᓐᓂᒃᑯᑦ ᑭᓯᓚᕆᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᑐᓂᒃᑯᑦ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᓄᑦ ᐱᑎᐊᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᒥᑦ.

3.1 ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᓄᑦ ᑭᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒃ

ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᓄᑦ ᑭᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒃ ᓯᑕᒥᖅᓴᓂᐊᕐᓗᒃᑐᖅ, ᑭᓇᐅᔭᖃᖅᑎᒋᔭᖅᑐᖅ ᓴᓪᓕᒃᑐᓂ ᐱᓕᕆᖅᓯᐊᓂᖅᑐᓂᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒃᑐᑦ. ᓇᓗᑕᒥᓯᒧᑦ ᐊᑭᓐᓃᑦ ᐱᑕᖃᖅᑎᒋᔭᖅᑐᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒃᑐᓄᑦ ᐊᑭᓚᐅᓂ ᑭᓇᐅᔭᖃᖅᑎᑕᐅᓯᒪᔨᒥᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᒃᑯᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᒃᑯᑦ ᐊᑭᓚᐅᓂ

3.3 ᐊᓱᒋᑕᐅᔨᑦ ᓄᓇᖃᖏᓱᓪᓗᒍᓄᑦ ᐅᑎᕐᓯ ᓱᓴᖅᑐᓗᐊᑕᐅᓇᖅᑐᓂᓚᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓕᕆᓂᑕᐅᔨᓪᓗᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᓗᐃᓂᐅᓕ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓂᖓᓄᓇᓕ

ᑕᑯ ᖃᐅᔨᓴᐃᓂᐅᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓂᖓᓗ, ᐊᑐᐃᓐᓇᕆᑦᑕᑎᓕᐅᕐᓱᓪᓗᒍᖅ ᔫᓕᐃ 2001-ᒥ (ᔭᑎᓯᑉᔨᐅᑦᑐᓂ ᐊᖏᒪ ᐊᖅᑭᒋᖅᑕᑎᓕᐅᕐᑐᓂ ᓄᐃᑭᓐᓂᒃ), ᓴᖅᑭᐅᔨᒋᑎᐅᔭᖅᓱᖅ ᐊᖅᑭᒧᓱᓪᓗᒍᓂᖓᓄᓇ ᓄᓇᖃᖏᓱᓪᓗᒍᓄᑦ ᐅᑎᕐᓯ ᓱᓴᖅᑐᓗᐊᑕᐅᓇᖅᑐᓂᓚᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓕᕆᓂᑕᐅᔨᓪᓗᒍᑦ ᐊᖏᒪ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓗᒍ ᓯᑭᐅᓂᖅᐳᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓂᖓᓄᓇᓕ